



**¡Bienvenido a Mountain West Sport & Spine!**

En nuestra oficina, nuestro objetivo es brindarle una atención más eficaz y eficiente. Para asegurarse de recibir el mayor beneficio de su atención, tenga en cuenta las siguientes solicitudes importantes:

**Medicina física eficaz**

Para maximizar sus resultados, comprométase a asistir a todas las citas programadas.

**Llegadas tardías**

Llegar a tiempo es necesario para mantener una experiencia eficaz para usted y para otros pacientes. Si prevé llegar tarde a una cita, llámenos lo antes posible al (775) 828-2863.

**Cancelaciones**

Si no puede asistir a su cita programada, avísenos con al menos 24 horas de anticipación. Puede dejar un mensaje después del horario de atención por correo de voz al (775) 448-9413. Tenga en cuenta que las cancelaciones el mismo día se marcarán como ausente. Estamos obligados a informar todas las ausencias, cancelaciones o reprogramaciones al liquidador de compensación laboral asignado a su caso.

**No llamar/No presentarse**

A menos que se cancele con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar por las citas perdidas. Esta tarifa es pagadera por el paciente y no se factura a la compañía de seguros. Si falta a dos (2) citas sin llamarnos, se le dará de alta y tendrá que volver con su médico de referencia.

Las cancelaciones frecuentes también pueden resultar en la interrupción de su rehabilitación.

**Copagos/Deducibles**

Verificaremos los beneficios de su seguro antes de su visita inicial; sin embargo, usted es responsable de realizar un seguimiento de los montos deducibles y los proveedores de la red. El copago se debe realizar en el momento del servicio de cada visita. El pago puede realizarse en efectivo, tarjeta o cheque pagadero a Mountain West Sport & Spine. Las preguntas relacionadas con facturación pueden dirigirse a nuestro departamento de facturación llamando al (775) 448-9421.

Al firmar, usted comprende y acepta nuestras políticas.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Historia médica:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA LESIÓN: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

¿SE ENCUENTRA TRABAJANDO? \_\_\_\_\_ EN CASO AFIRMATIVO, TIEMPO COMPLETO \_\_\_\_ TIEMPO PARCIAL \_\_\_\_

¿TIENE ALGUNAS RESTRICCIONES DE TRABAJO? \_\_\_\_\_

¿LA LESIÓN ESTÁ RELACIONADA CON EL TRABAJO? \_\_\_\_\_

¿CÓMO OCURRIÓ LA LESIÓN? SEA LO MÁS ESPECÍFICO POSIBLE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿HA TENIDO UNA LESIÓN RELACIONADA EN EL PASADO? \_\_\_\_\_ EN CASO AFIRMATIVO, FECHA: \_\_\_\_\_

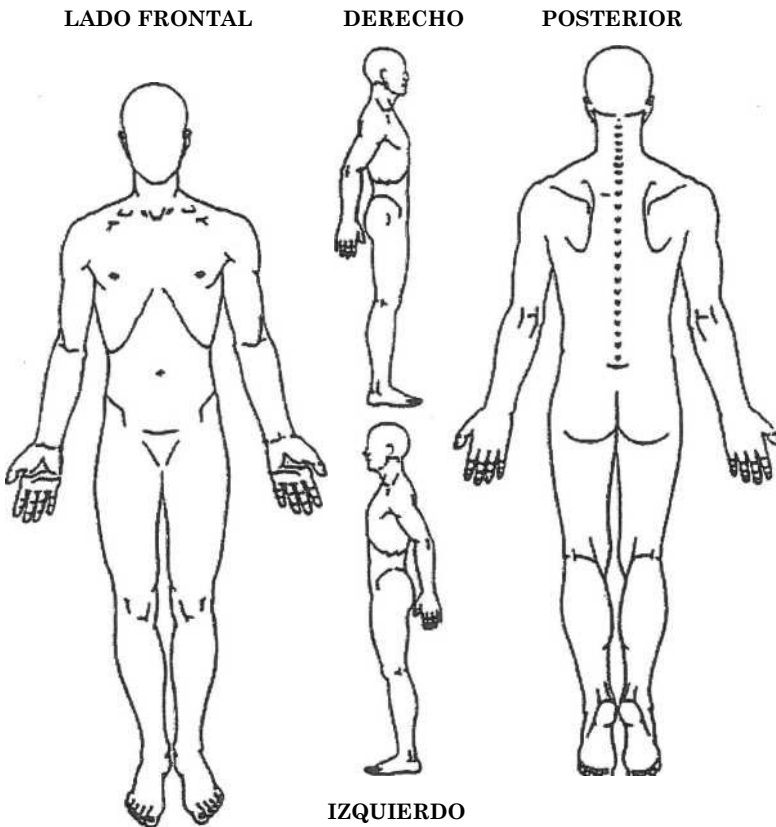
¿CÓMO FUE TRATADO? \_\_\_\_\_

¿PUEDE COMPLETAR EL SIGUIENTE DIAGRAMA DE DOLOR? (COLOQUE LOS SÍMBOLOS CORRESPONDIENTES QUE SE MUESTRAN A CONTINUACIÓN EN EL DIAGRAMA DEL CUERPO DONDE TIENE DOLOR).

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Resp \_\_\_\_\_ Mano dominante \_\_\_\_ D \_\_\_\_ I

D = dolor    A = sensación de alfileres/aguja    N = entumecimiento    P = dolor punzante    Q = quemazón



**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Historia médica:** \_\_\_\_\_

¿QUÉ HACEN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON SU DOLOR? (MARCAR)

	ALIVIA	AUMENTA	SIN CAMBIOS
SENTARSE	_____	_____	_____
PARARSE	_____	_____	_____
CAMINAR	_____	_____	_____
INCLINARSE HACIA ADELANTE	_____	_____	_____
INCLINARSE HACIA ATRÁS	_____	_____	_____
INCLINARSE HACIA LOS COSTADOS, GIRAR	_____	_____	_____
SUBIR ESCALERAS	_____	_____	_____
BAJAR ESCALERAS	_____	_____	_____
TOSER	_____	_____	_____
ESTORNUJAR	_____	_____	_____

¿Cuándo empeora su dolor durante el transcurso del día?

MAÑANA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TARDE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NOCHE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Qué tan grave era su dolor cuando EMPEZÓ POR PRIMERA VEZ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál es su nivel de dolor AHORA MISMO? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Quién lo trató por primera vez? \_\_\_\_\_

¿El tratamiento funcionó? Si no funcionó, explique:

\_\_\_\_\_

¿Medicamentos utilizados? \_\_\_\_\_

¿Cuántos médicos has visitado? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido fisioterapia? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE SALUD:**

¿Afecciones médicas pasadas y actuales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado tomando estos medicamentos? \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Historia médica:** \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SISTEMAS** (responda **SÍ** o **NO** a las siguientes partes del cuerpo):

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>GENERAL:</b> ¿Antecedentes de pérdida de peso, fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, etc.?	_____	_____
<b>OJOS:</b> Antecedentes de mareos, problemas de visión, etc.		
<b>OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA:</b> Antecedentes de sinusitis, hemorragias nasales	_____	_____
Enfermedad de los dientes, zumbido de los oídos, sordera. Etc.		
<b>CARDIOVASCULAR:</b> Antecedentes de palpitaciones, frecuencia cardíaca irregular, angina	_____	_____
De pecho, dificultad para respirar, etc.		
<b>RESPIRATORIO:</b> Antecedentes de sibilancias, dificultad para respirar, tos,	_____	_____
Sudores nocturnos, esputo con sangre, etc.		
<b>GASTROINTESTINAL:</b> Antecedentes de náuseas, dolor abdominal, vómitos,	_____	_____
Úlceras, ictericia, vómitos con sangre, diarrea, etc.		
<b>GENITOURINARIO:</b> Antecedentes de retención urinaria, problemas de urgencia,	_____	_____
Dolor al orinar, etc.		
<b>PSIQUIÁTRICO:</b> Antecedentes de crisis nerviosa, alucinaciones, depresión	_____	_____
<b>ENDOCRINO:</b> Antecedentes de crecimiento de piel o cabello, problemas de tiroides, sequedad	_____	_____
Del cabello/piel, intolerancia al calor/hielo, etc.		
<b>SANGUÍNEO Y LINFÁTICO:</b> antecedentes de anemia, sangrado excesivo,	_____	_____
Antecedentes familiares de trastornos hemorrágicos		

SI RESPONDIÓ **SÍ** A CUALQUIER PREGUNTA ANTERIOR, EXPLIQUE:

\_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes familiares de alguno de los problemas anteriores? \_\_\_ En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo tratamiento por alguna de las condiciones médicas mencionadas anteriormente? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿quién es su médico tratante? \_\_\_\_\_

Usted es: Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

¿En qué ciudad vive actualmente? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos? \_\_\_\_\_, en caso afirmativo, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

¿Fuma? \_\_\_\_\_, en caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Consumo alcohol? \_\_\_\_\_, en caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES VOCACIONALES:**

Tipo de trabajo u ocupación anterior: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha estado en su trabajo actual? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ (revisó el formulario de admisión completo con el paciente)

**Nombre:**

**Historia médica:**

**Datos demográficos**

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Apt./Apartado postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono para mensajes: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Nº de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge/padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nº de seguro social: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge/padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Nº de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Nº de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

¿Relacionado al trabajo? Sí No \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Reclamo Nº: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros industriales: \_\_\_\_\_ Gerente del caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Naturaleza de la lesión / parte del cuerpo: \_\_\_\_\_

Empleador en el momento de la lesión: \_\_\_\_\_

**DATOS DE USO SIGNIFICATIVOS**

**Remitido por:** Usted \_ Sitio web \_ Médico \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_ Anuncio de televisión \_ Anuncio de radio \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Raza:** Indio americano \_\_\_\_\_ Asiático \_ Afroamericano \_\_\_\_\_ Caucásico \_\_\_\_\_ No proporcionado \_\_\_\_\_

**Idioma principal:** Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Chino \_\_\_\_\_ Francés \_\_\_\_\_ Portugués \_\_\_\_\_ Ruso \_\_\_\_\_  
Hebreo \_\_\_\_\_ Yiddish \_\_\_\_\_ Hindi \_\_\_\_\_ Japonés \_\_\_\_\_ No proporcionado \_\_\_\_\_

**Origen étnico:** Origen hispano \_\_\_\_\_ Origen no hispano \_\_\_\_\_ No proporcionado \_\_\_\_\_

**Condición de fumador:** Nunca fumó \_\_\_\_\_ Exfumador \_\_\_\_\_ Fumador actual ocasional \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre:****Historia médica:****POLÍTICA FINANCIERA**

Gracias por elegirnos como su especialista en atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Comprenda que el pago de su factura se considera parte integral de nuestro plan de tratamiento y la relación médico/paciente. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

**Respecto al seguro:**

Aceptamos la mayoría de los seguros, incluidos Medicare, Medicaid, Compensación para Trabajadores y compañías de pago privadas. Somos proveedores preferidos en la mayoría de los planes. Requerimos autorización previa para HMO y otros planes con médicos de atención primaria. Es su responsabilidad asegurarse de que estemos autorizados para tratarlo y de que haya una derivación o autorización en el archivo. Las tarjetas de seguro son REQUERIDAS en el momento en que se prestan los servicios.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. La factura es su responsabilidad. Como cortesía, le enviaremos la factura a su compañía de seguros. Sin embargo, si su factura permanece impaga 60 días después de su visita, recibirá un estado de cuenta de nuestra parte por el pago adeudado. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguros para obtener más instrucciones sobre la continuidad de su atención (existen algunas excepciones con la compensación del trabajador).

Tenga en cuenta que algunos servicios pueden ser servicios "no cubiertos" por Medicare u otros programas de seguro médico. Esto no significa que sean innecesarios o irrazonables para el médico y el paciente. Los cargos no cubiertos por la compañía de seguros, pero razonables para el tratamiento del paciente, son responsabilidad del paciente.

**Pago adeudado en el momento del servicio:**

Cualquier copago o coseguro se debe pagar antes de que se presten los servicios. Las cuentas de caja deben pagarse en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Debido al aumento continuo en los costos de procesamiento de seguros y facturación, nuestra oficina cobrará intereses al 1.5% por mes en cualquier cuenta con treinta días de atraso.

**Tarifas usuales y habituales (UCR)**

Nuestra práctica está comprometida a brindar el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y tenemos cuidado de cobrar solo lo que es usual y habitual en nuestra área. Usted es responsable del pago total independientemente de la determinación arbitraria de las normas usuales y habituales de cualquier compañía de seguros. Las UCR no se aplican a tarifas negociadas de PPO o HMO.

**Citas perdidas:**

**A menos que se cancele con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar por las citas perdidas y por volver a revisar las citas. Esta tarifa es pagadera por el paciente y no se factura a la compañía de seguros.**

He leído la política financiera anterior de Mountain West Sport & Spine. Entiendo y acepto esta Política Financiera.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Historia médica:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento de paciente nuevo paciente para el uso y divulgación de información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica para**

**Mountain West Sport & Spine**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como parte de mi atención médica, MOUNTAIN WEST SPORT & SPINE origina y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Además, entiendo que Mountain West Sport & Spine accederá a cualquier historial de recetas electrónicas disponible. Entiendo que esta información sirve como:

- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Un medio por el cual una tercer parte pagadora puede verificar que los servicios facturados se prestaron realmente.
- Una herramienta para las operaciones sanitarias de rutina, como la evaluación de calidad y la revisión de competencia de los profesionales sanitarios.
- Una base para planificar mi atención y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los numerosos profesionales de la salud que contribuyen a mi atención (incluida la comunicación electrónica con su farmacia).

Entiendo y se me ha proporcionado acceso para revisar o conservar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho a oponerme al uso de mi información médica con fines de directorio, marketing o recaudación de fondos y
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información médica, excepto para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Entiendo que Mountain MOUNTAIN WEST SPORT & SPINE estará de acuerdo con las restricciones solicitadas, excepto las restricciones que impiden el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas al respecto. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocarlo, esta organización podría negarse a tratarme según lo permitido por la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Además, entiendo que MOUNTAIN WEST SPORT & SPINE se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales.

Si MOUNTAIN WEST SPORT & SPINE cambia su aviso, se publicará un aviso actual y puedo solicitar una copia actual en cualquier momento.

Deseo tener las siguientes restricciones para el uso o divulgación de mi información médica:

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax. Entiendo completamente los términos de este consentimiento y \_\_\_\_ Acepto (\_\_\_\_ Rechazo) estos términos.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Consentimiento recibido **por** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento rechazado **por** el paciente: \_\_\_\_\_

**Nombre:**

**Historia médica:**

**AUTORIZACION DEL PACIENTE**

LEA EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN ESTA OFICINA o solicite una copia para sus registros.

Enumere los miembros de la familia u otras personas a quienes podemos informar sobre su condición médica general y su diagnóstico (incluido el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere los miembros de la familia u otras personas importantes a quienes podemos informar sobre su condición médica EN UNA EMERGENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Escriba en letra de imprenta la dirección a la que preferiría que se le enviaran la facturación o la correspondencia si no es la dirección de su residencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escriba en letra de imprenta el número de teléfono donde desea recibir llamadas sobre citas u otra información médica si no es el número de su residencia (tenga en cuenta que los teléfonos celulares no son líneas seguras) \_\_\_\_\_. También tenga en cuenta que los mensajes se dejarán en su contestador automático o correo de voz).

Al firmar este formulario, confirmo mi autorización para el uso/divulgación de mi información médica protegida como se describe en este formulario y en el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Entiendo que firmar este formulario no es una condición para el tratamiento. Confirmando que he leído el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y estoy de acuerdo con todas las declaraciones contenidas en él. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a esta oficina.

Nombre EN LETRA IMPRENTA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Tutor/padre (si es menor de 18 años) EN LETRA IMPRENTA: \_\_\_\_\_

Firma del tutor/padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Nombre:****Historia médica:****Política de medicamentos para el dolor****NOMBRE DEL PACIENTE:****Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_**FECHA:** \_\_\_\_\_**Definición y propósito**

El Acuerdo de Tratamiento del Dolor es para documentar el método para el manejo del dolor. El tratamiento con medicamentos incluye recetas de medicamentos junto con otras modalidades. Este acuerdo tiene el propósito de definir los términos de la atención del paciente. Nuestro objetivo en, Mountain West Sport & Spine, es que los pacientes dejen de tomar los analgésicos al final de los tres meses.

**Términos y Condiciones**

El paciente debe estar de acuerdo con lo siguiente:

1. No solicitaré ni aceptaré recetas de narcóticos de otro proveedor médico.
2. Seré responsable en asegurarme de no quedarme sin medicamentos los fines de semana y feriados, porque la interrupción abrupta de estos medicamentos puede causar síntomas de abstinencia.
3. Entiendo que debo guardar mis medicamentos en un lugar seguro.
4. Entiendo que mi proveedor NO proporcionará resurtidos adicionales para las recetas de medicamentos que puedo perder.
5. Si me roban los medicamentos, mi proveedor volverá a surtir la receta UNA vez solo si se envía una copia del informe policial del robo al consultorio del médico.
6. NO le daré mi receta a nadie más.
7. Solo usaré una farmacia.
8. No llamaré a la oficina para resurtidos, llamaré a mi farmacia.
9. Permitiré 24 horas para volver a surtir una receta.
10. Entiendo que NO habrá resurtidos anticipados, por NINGÚN motivo.
11. Las solicitudes de cambio de recetas se discutirán ÚNICAMENTE en las citas.
12. Entiendo que no habrá absolutamente ninguna EXCEPCIÓN a esta política.
13. Entiendo que estoy sujeto a pruebas de detección de drogas en orina aleatorias, cuyo objetivo es protegerme a mí y a mi médico, médico interviniente o enfermera especializada que realiza la receta para propósitos que incluyen pero no se limitan a: reacciones adversas entre medicamentos recetados y no recetados, para establecer una "línea de base" para la mediación en mi sistema, y para ayudar a monitorear la eficacia del medicamento recetado por mi médico.

**Cumplimiento**

El incumplimiento de los términos y condiciones del Acuerdo de Dolor de Mountain West Sport & Spine puede resultar en la **interrupción de los resurtidos de medicamentos**. Pueden obtenerse perfiles de fármacos aleatorios.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



MOUNTAIN WEST SPORT & SPINE  
REHABILITACIÓN ORTOPÉDICA Y DE COLUMNA VERTEBRAL  
6630 S McCarran Blvd #A-3 Reno, NV 89509  
775-828-2863

Robert G. Berry, Doctor en Medicina  
Chris Twombly, Doctor en Medicina  
John L. Reyher, DO  
Brian Bantum, en Medicina  
Andrea Tatro, en Medicina

Para programar una cita con nuestros médicos, llame al 775-448-9413

¡Bienvenido a nuestra práctica!

Para brindarle un servicio más eficiente, complete todo el papeleo del paciente en línea o imprímalo y tráigalo a su cita.

Traiga sus tarjetas de seguro e identificación con fotografía (para que podamos hacer copia para nuestros registros).

Se le pedirá que pague cualquier copago o coseguro en el momento de su cita.

Llegue treinta (30) minutos antes.

Nos comunicaremos con usted antes de su cita para confirmarlo. Si por alguna razón no puede asistir a su cita programada, responda lo antes posible para reprogramarla.

Es MUY IMPORTANTE que sepa qué hospitales, laboratorios e instalaciones de radiología requiere su seguro para las pruebas, por lo que podemos programarlo en la instalación adecuada si surge la necesidad. Esta información se puede obtener llamando al servicio al cliente o al número de verificación de beneficios en su tarjeta de seguro o comunicándose con el coordinador de beneficios de su empleador.

Nuestra oficina requiere todas las radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y gammagrafías óseas anteriores relevantes para la cita. Obtenga todas las radiografías pertinentes y tráigalas a su cita programada. Si no puede obtener las radiografías, comuníquese con nuestro departamento de radiología al 828-2873 x 130 y proporcione la ubicación de sus radiografías.

Se necesita su ayuda para que nuestro departamento de radiología le ayude a obtener las radiografías.

¡Esperamos verlo en nuestra oficina!