



Estimado paciente nuevo,

Gracias por haber hecho una nueva cita con nuestro centro de alergia y asma. Por favor complete el paquete que le sigue a esta carta y tráigalo con su tarjeta de su aseguradora e identificación estatal a su primera cita. Por favor tenga en cuenta que su primera cita puede ser tardada debido a la cantidad de información que se le dará para asistirle en el cuidado continuo para su buena salud.

Aquí hay algunas cosas que debe saber para su primer cita:

- **Deje de tomar todos los antihistamínicos CINCO días antes de su cita.** Los medicamentos comunes que contienen antihistamínicos son: Benadryl, Triaminic y medicinas para la tos y el resfriado. No deje de tomar Singulair o inhalantes para el asma. Para una lista completa visite www.alabamaallergy.com y haga clic en "Allergy Testing Information".
- Por favor póngase ropa que permitirá que se le hagan exámenes para la alergia con facilidad. Por ejemplo una camisa y pantalones o un atuendo de dos piezas funcionan mejor.
- ¡Nos encantan los niños! Sin embargo si a usted se le están haciendo exámenes para la alergia usted tendrá que quedarse quieto y se le haría difícil ponerle cuidado a niños pequeños.
- Para niños ofrecemos reproductores de DVD con programas para niños y juguetes para mantenerlos ocupados durante la cita.
- Su primer cita como paciente puede durar de 2-3 horas dependiendo de los exámenes. Por favor véngase preparado para quedarse durante la visita entera.

Acuérdese que para que se le puedan hacer exámenes usted tiene que dejar de tomar algunos medicamentos 5 días antes de su cita.

Si usted tiene alguna preocupación o tiene preguntas acerca de que medicamentos debe discontinuar por favor no dude en llamar a nuestra oficina.

Nosotros tenemos cuatro ubicaciones. Por favor asegúrese de consultar las indicaciones de manejo para la ubicación de su cita. Por favor tome en cuenta que nuestra ubicación de Homewood ahora queda en 504 Brookwood Boulevard, Homewood, AL (saliendo de Lakeshore Drive en la calle que va al hospital Brookwood).

Por favor asegúrese de darnos su dirección de correo electrónico y número de celular. Usted recibirá una notificación confirmando su cita via correo electrónico y/o texto. Por favor responda haciendo click en CONFIRM de correo electrónico o

YES a un mensaje de texto. Si usted no tiene correo electrónico o texto por favor denos el número de teléfono en donde usted pueda contestar y elegir la opción adecuada para confirmar su cita. **Esto asegurará que su cita se le reserve especialmente a usted.**

Si usted tiene alguna pregunta por favor llámenos al (205) 871-9661.

Esperamos conocerlo con gusto.

Sinceramente,

**Weily Soong, MD
Maxcie Sikora, MD
John Anderson, MD
Sunena Argo, MD
William Massey, MD
Carolyn Comer, MD
Lorena Wilson, MD
Njeri Maina, MD
Patricia Luthin, CRNP
Blake Youngblood, CRNP
Michelle Payne, CRNP
Anne Ketcham, CRNP
Monica Ray, CRNP
Rebecca Watkins, CRNP
Erin Cuzzort, CRNP
Brittany Boylan, CRNP
Stephanie Edwards, CRNP**

HOMEWOOD | HOOVER | CHELSEA | TRUSSVILLE | ALABASTER | CULLMAN

FOOD ALLERGY TREATMENT CENTER

CLINICAL RESEARCH CENTER OF ALABAMA

alabamaallergy.com

alabamaallergy.com/foodallergy

alclinicalreaserach.com

OFICINA DE HOMEWOOD

Indicaciones de manejo para Alabama Allergy & Asthma Center- HOMEWOOD

Nuestra ubicación principal: 504 Brookwood Boulevard

Homewood, AL 35209

(205) 871-9661

Desde la I-65 Sur (rumbo al norte)

- Salga en la salida de Lakeshore Drive y tome una derecha en el semáforo hacia Lakeshore Drive.
- Usted pasará la universidad de Samford y pasará debajo de Highway 31
- Tome una derecha en cuanto pase la gasolinera shell hacia Brookwood Boulevard
- Alabama Allergy estará a mano IZQUIERDA en cuanto pase el banco BBVA

Desde la I-65 Norte (rumbo al sur)

- Salga en la salida Lakeshore Drive y tome una izquierda hacia Lakeshore Drive
- Usted pasará la universidad de Samford y pasará debajo de Highway 31
- Tome una derecha en cuanto pase la gasolinera shell hacia Brookwood Boulevard
- Alabama Allergy estará a mano IZQUIERDA en cuanto pase el banco BBVA Compass

Desde el 280 Oeste

- Tome la salida de AL-149 hacia Homewood.
- Tome una derecha hacia Lakeshore Drive hacia Homewood.
- Pase el centro comercial de Brookwood y tome una izquierda hacia Brookwood Boulevard en el banco BBVA Compass (justo antes de la gasolinera shell)
- Alabama Allergy estará a mano IZQUIERDA en cuanto pase el banco BBVA Compass

Desde la 280 Este (viniendo de Inverness, Chelsea y todos los demás lugares de lado este

- Tome la salida de AL-149 hacia Homewood.
- Tome una izquierda hacia Lakeshore Drive hacia Homewood.
- Pase el centro comercial de Brookwood y tome una izquierda hacia Brookwood Boulevard en el banco BBVA Compass (justo antes de la gasolinera shell)
- Alabama Allergy estará a mano IZQUIERDA en cuanto pase el banco BBVA Compass

Desde el Highway 31

- Tome la salida de Lakeshore Drive/Shades Creek Parkway/AL -149 S
- Tome su primer derecha hacia Brookwood Boulevard- en donde estará la gasolinera shell
- Alabama Allergy estará a mano izquierda

Nuestro edificio de Homewood es el número 504 Brookwood Boulevard y es un edificio gris. El estacionamiento es gratuito y queda debajo de nuestro edificio.

Antes de imprimir haga clic en este enlace para imprimir un mapa
<http://g.co/maps/j9y5k>

OFICINA DE HOOVER

Indicaciones de manejo para Alabama Allergy & Asthma Center-HOOVER

**Ubicación de nuestra oficina de HOOVER: 2100 Data Park
 Suite 200
 Hoover, AL 35244**

Teléfono: (205) 871-9661

Desde la I65

- Tome la salida de Highway 31, pase debajo de la 459, pase el centro comercial Galleria a su derecha y tome la siguiente izquierda en LORNA Road.
- Siga Lorna Rd por aproximadamente 0.3 millas y tome una derecha en DATA drive entre los restaurantes Moe's y Arbys.

- Nosotros estamos en el primer edificio a mano IZQUIERDA- la entrada principal queda en el estacionamiento de arriba.

Desde la I459

- Tome la salida en Montgomery Highway (Highway 31) Sur
- Pase el centro comercial Galleria a su derecha y tome la siguiente izquierda en LORNA Road.
- Siga Lorna Rd por aproximadamente 0.3 millas y tome una derecha en DATA drive entre los restaurantes Moe's y Arbys.
- Nosotros estamos en el primer edificio a mano IZQUIERDA- la entrada principal queda en el estacionamiento de arriba.

Desde Highway 31

- Viniendo del norte o del sur móntese a LORNA Rd (entre el Walgreens y el banco Compass)
- Siga Lorna Rd por aproximadamente 0.3 millas y tome una derecha en DATA drive entre los restaurantes Moe's y Arbys.
- Nosotros estamos en el primer edificio a mano IZQUIERDA- la entrada principal queda en el estacionamiento de arriba.

OFICINA DE CHELSEA

Indicaciones de manejo para Alabama Allergy & Asthma Center- CHELSEA

**Nuestra sucursal de Chelsea es: 16691 Highway 280 (Centro comercial "Chelsea Corners")
Chelsea,AL 35043
Teléfono (205) 871-9661**

Desde Birmingham:

- **Highway 280 Este**
- Después de pasar el centro comercial Summit o la interestatal 459 siga la 280 por 12 millas
- Vire hacia el centro comercial "Chelsea Corners" nuestro edificio es un edificio independiente enfrente del supermercado Winn Dixie
- **Desde Sylacauga:**
- Siga la 280 Oeste por aproximadamente 22 millas. Haga una vuelta en U en la carretera County Road 440 al llegar al semáforo

- Después de dar la vuelta en U, vire a la derecha al centro comercial “Chelsea Corners”, nuestro edificio es un edificio independiente

OFICINA DE CULLMAN

Indicaciones de manejo para Alabama Allergy & Asthma Center- CULLMAN

Ubicación de nuestra oficina de Cullman: 1800 AL HWY 157

POB 3- Suite 100

Cullman, AL 35058

Teléfono: (205) 871-9661

De la interestatal 65:

- Tome la salida 310 hacia Cullman
- Mantégase en esa carretera por 3.8 millas y tome una IZQUIERDA en la entrada principal de Cullman Regional Medical Center
- Tome la primera derecha y el edificio estará inmediatamente a mano izquierda (estamos en el primer piso de Cullman Primary Care)

OFICINA DE ALABASTER

Indicaciones de manejo para Alabama Allergy & Asthma Center- ALABASTER

Nuestra ubicación de Alabaster es: 1022 1st Street N Suite 305

Alabaster, AL 35007

De la interestatal 65:

- Tome la salida 242 hacia County Hwy 52 hacia Pelham, Helena
- Tome una izquierda hacia Pelham Parkway y viaje 2 millas
- El edificio 1022 está a mano izquierda
- La oficina está ubicada en el cuarto 305

OFICINA DE TRUSSVILLE

Indicaciones de manejo para Alabama Allergy & Asthma Center- Trussville

Nuestra ubicación de Trussville es: 7274 Gadsden Highway, Suite 100

Trussville, AL 35173

Desde la Interestatal 59 Norte o Sur

- Tome la Interestatal 59 y salga en la Salida 143 de Deerfoot Parkway en Trussville
- Gire a la izquierda en Deerfoot Parkway y siga derecho por 1.5 millas
- Gire a la izquierda en Gadsden Highway e inmediatamente gire a la izquierda de nuevo en Deerfoot Shoppes
- Nuestra oficina esta al lado de Publix en la Suite 100
- Parqueadero gratuito

Medicamentos que tiene que dejar de tomar para sus exámenes

Antihistamínicos recetados

Atarax, Vistaril (Hydroxyzine)
Allegra (fexofenadine)
Clarinet
Periactin (Cyproheptadine)
Rondec
Pediatex
Pedi-Ox
Rynnatan
Q-DAL
Tussionate
Tussi-12
Tannihist
Xyzal

*Los medicamentos Doxepin/Adapin/Sinequan tendrán que parase de tomar por mas de 5 días pero NO DEJE de tomarlos antes de haber tenido una cita con su alergista.

Antihistamínicos sin receta

Claritin, Alavert, Triaminic, Allerchews, medicamento no sedante de marca de tienda (Loratidine)
Zyrtec (ceterizine)
Benadryl (Diphenhydramine)

Tavist (Clemastine)
Chlorpheniramine (parecido a Chlor-Trimeton, Actifed, Allerest)
NyQuil, Robitussin Night Cold, Tylenol Flu Night Time (Doxylamine)
Tylenol o Advil PM (que contiene diphenhydramine)
Dramamine (Dimenhydrinate)
Cualquier cosa que contiene Loratadine
Todo lo que contiene Diphenhydramine
Todo lo que contiene Brompheniramine
Todo lo que contiene Chlorpheniramine
Todo lo que contiene Carbinoxamine
Todo lo que contiene Doxylamine
Todo lo que contiene Clemastine
Todo lo que contiene Tripolidine
Todo lo que contiene Tripelemnamine

Todo lo que sea para alergias o resfriados "allergy" o "cold" (como Tylenol "Cold & Sinus" o Advil "Cold & Sinus")

Otro tipo de medicamento que tiene que parar de tomar 5 días antes de hacer pruebas de alergia

Medicamentos anti-náusea

Dramamine (Dimehydrinate)
Doxylamine
Antivert, Bonine (Meclizine)
Phenergan (Promethazine)

Otro tipo de medicamento que tiene que parar de tomar 5 días antes de hacer pruebas de alergia

Medicamentos somníferos sin receta

Cualquier medicamento "PM" (como Tylenol PM o Excedrin PM o Alka Seltzer PM o Doan's PM)
Medicamentos somníferos Simply Sleep Nighttime
Sominex
Cualquier medicamento que contiene Diphenhydramine

Gotas nasales y de ojos que se tienen que parar de usar 48 horas antes de los exámenes de alergia

Sprays nasales recetados

Spray nasal Astelin

Gotas de ojos recetadas

Gotas de ojos Patanol
Gotas de ojos Zaditor
Gotas de ojos Optivar
Gotas de ojos Elestat

Todas las gotas de ojos sin receta

Gotas de ojos Visine A
Op-Con A
Naph-Con A
Gotas de ojos Alomide

Medicinas que PUEDE CONTINUAR tomando y que no interferirán con los exámenes

Spray de solución salina
Spray esteroídico
Spray nasal Afrin
Singulair
Inhalantes para el asma
Tratamientos nebulizadores para el asma
Nasalcrom
Crolom
Zycam
Mucinex (Guaifenesin)
Medicamentos para el resfriado o los senos nasales con solo contienen
Dextromethorphan y/o Guaifenesin y/o pseudoephedrine simplemente Sudafed
(pseudoephedrine)
Medicamentos para el resfriado no somníferos “non-drowsy” pero NO LORATIDINE



Centro de investigación clínica de Alabama

Una empresa filial de Alabama Allergy & Asthma Center

¿Qué es un ensayo clínico?

Un ensayo clínico es un consorcio entre médicos, voluntarios, patrocinadores de ensayo y la administración de medicamentos y alimentos (FDA, por sus siglas en inglés, para estudiar la efectividad de ciertos medicamentos. Gente de todas partes del mundo participan en ensayo clínicos para ayudar a mejorar su calidad de vida y la de otros.

¿Qué puedo esperar como un participante?

La participación en un ensayo clínico es muy similar a una visita al médico. Se le hacen exámenes y procedimientos relacionados con el ensayo. Durante el ensayo nuestros participantes pueden recibir exámenes de función pulmonar, pruebas de laboratorio, electrocardiograma (EKG), y otros tipos de procedimientos gratis que son útiles e informativos. Usted recibirá educación y atención específica a su condición médica como participante. En la mayoría de los casos se le compensará por su tiempo y su viaje.

¿Por qué debo ser un participante?

Pueda que usted aprenda mas acerca de sus condiciones y nuevas opciones para tratamiento. Puede que le beneficie su futuro y el futuro de otros a través de la evaluación de nuevos medicamentos y tratamientos. Pueda que usted tenga la oportunidad de recibir medicamentos investigativos para el tratamiento de su condición. Muchas veces estos medicamentos no están disponibles para el público en general. Todos las visitas y los procedimientos, incluyendo los análisis de laboratorio no le cuestan nada a usted.

¿A usted le interesa considerar participar en ensayos, “Research”?

Circle uno:

Si No Tal vez (necesito mas información)

**Usted tiene o ha tenido un historial de cualquiera de los siguientes POR FAVOR
MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE APLIQUEN**

Asma

Alergias

Eccema

Infecciones de los senos nasales

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)

Cancer

Cáncer de piel

Bronquitis

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

Teléfono de la casa: _____ Número de celular: _____

Correo electrónico: _____

Gracias por su tiempo. Un coordinador de nuestro departamento de investigaciones se comunicará con usted pronto. Le agradecemos su interés en este programa tan importante.

Bienvenido a Alabama Allergy & Asthma Center

¡Gracias por haber escogido nuestra oficina! Para poder servirle adecuadamente por favor complete la siguiente información. Por favor escriba en letra de imprenta. **¡Gracias!**

Fecha	___/___/___	Nombre del paciente	_____
			Nombre Apellido Inicial de segundo nombre
# de seguro social	___ - ___ - _____	Masculino	___ Femenino ___
Fecha de nacimiento	___/___/___	# de tel de la casa	_____
Dirección	_____	Cuidad	_____
		Estado	_____
		Código postal	_____
Marque la casilla que corresponde: <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
Correo electrónico	_____	# de celular	_____
Empleador del padre o paciente	_____	mejor #	_____
Nombre del esposo o padre	_____	mejor #	_____
¿Quién es su médico de cabecera?	_____		
Persona de contacto de emergencia	_____	mejor #	_____

Persona Responsable

Nombre de la persona responsable por esta cuenta	_____
Relación con el paciente	_____
Dirección	_____
	# de la casa _____
# de seguro social	_____
Fecha de nacimiento	_____
Empleador	_____

Información de la aseguradora

Nombre del asegurado	_____	Relación al paciente	_____
Fecha de nacimiento	_____	# de seguro social	_____
Nombre del empleador	_____		
Compañía aseguradora	_____	# de identificación	_____
# de grupo	_____	# de teléfono	_____
¿Su seguro médico requiere remisión de su médico de cabecera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Usted tiene otra aseguradora médico adicional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En dado caso complete lo siguiente:			
Nombre del asegurado	_____	Fecha de nacimiento	_____
Fecha de nacimiento	_____	# de seguro social	_____
Nombre del empleador	_____		
Compañía aseguradora	_____	# de identificación	_____
# de grupo	_____	# de teléfono	_____

Autorización y descargo

El suscrito está de acuerdo con que si firma como el paciente o como representante que considerando los servicios acordados que se prestarán, incluyendo las inyecciones y los extractos de alergia por Alabama Allergy & Asthma Center para el paciente, este se obliga y asume la responsabilidad económica y acepta pagar por todos los cobros al momento que se le pida por dichos servicios incurridos pro dicho paciente. **Todos los deducibles, co-pagos, y coaseguros se pagan al moment que se prestan los servicios.** En dado case que la cuenta se mande a un abogado o a una agency de colecciones, el suscrito deberá pagar todos los costos asociados con el abogado y de la agencia de colecciones. El suscrito entiende que las facturas se pagan al momento de ser presentadas y que este, no la compañía aseguradora es responsable por el pago de los servicios. Esta oficina le presentará el reclamo a la compañía aseguradora y les cobrará cuando estos beneficios estén disponibles. Todos los gastos mas allá de la tarifa del contrato de la compañía de seguro médico se pagan por el paciente al recibir la factura por correo. Por este documento yo autorizo que Alabama Allergy & Asthma Center use "firma en el expediente/signature on file" en vez de obtener una firma original para todos los reclamos médicos por los servicios prestados al paciente. **Yo acepto que toda la información acerca de mi identidad es correcta y exacta en mi conocimiento. Firmando este documento entiendo que soy responsable de cualquier información falsa que puede resultar en una multa o sanción y que debo notificarle a Alabama Allergy & Asthma Center si alguna de mi información cambia, es comprometida o robada.**

X

Firma de paciente (o padre/tutor si es menor de edad)

Fecha

Formulario de conocimiento para propósito de tratamiento, pago y operaciones de servicios médicos

Yo reconozco el uso o la revelación de mi información médica protegida para propósito que Alabama Allergy & Asthma Center me provea tratamiento o diagnosis, o para obtener pagos por mis cuentas médicas o para llevar a cabo operaciones de servicios médicos de Alabama Allergy & Asthma Center. Yo entiendo que el diagnosis o el tratamiento otorgado por los médicos de Alabama Allergy & Asthma Center puede depender de mi consentimiento por mi firma en este documento como prueba.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción en cuanto a como mi información protegida es usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones médicas del consultorio. Alabama Allergy & Asthma Center, LLC no está requerido a aceptar las restricciones que yo pueda solicitar. Sin embargo, si Alabama Allergy & Asthma Center, LLC acepta alguna restricción que yo solicite, esta restricción es vinculante para Alabama Allergy & Asthma Center y sus médicos. Yo tengo el derecho de anular este permiso por escrito, en cualquier momento, a menos que los médicos de Alabama Allergy & Asthma Center hayan tomado medidas en conformidad con este permiso.

Mi "información médica protegida" significa mi información médica que incluye mi información demográfica, colectada y creada para mi y recibida por mi médico, por otro proveedor médico, un plan de salud médico, mi empleador o una cámara de compensación de salud médico. Esta información médica protegida se refiere a mi condición física, mental o condición que me identifique ya sea en mi pasado, mi presente y futuro o hay alguna base razonable para creer que la información me pueda identificar.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso de prácticas de privacidad de Alabama Allergy & Asthma Center LLC antes de firmar este documento. El aviso de prácticas de privacidad de Alabama Allergy & Asthma Center LLC se me ha provisto. El aviso de prácticas de privacidad describe el tipo de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que ocurrirá durante mi tratamiento, el pago de mis cuentas, o el desempeño de las operaciones médicas de Alabama Allergy & Asthma Center, LLC. El aviso de prácticas de privacidad para Alabama Allergy & Asthma Center, LLC también está disponible en el area de la recepción y en los cuartos de examinación. Este aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y los deberes de Alabama Allergy & Asthma Center con respecto a mi información médica protegida.

Alabama Allergy & Asthma Center, LLC se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que están descritas en el aviso de prácticas de privacidad. Yo puedo obtener una copia actualizada del aviso de prácticas de privacidad repasando los avisos provistos en el area de la recepción del paciente y en los cuartos de examinación o simplemente llamando a la oficina y solicitando que se me mande una copia actualizada ya sea por correo o que se me entrega en mi próxima cita.

Firma del paciente

Nombre del paciente o representante
del paciente en imprenta

Parentesco del representante al paciente

Fecha

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Yo intenté obtener la firma del paciente aceptando el reconocimiento de este aviso de prácticas de privacidad pero no pude dicho por la nota siguiente:

Fecha: _____ Iniciales: _____ Razón: _____



Alabama Allergy & Asthma Center

Póliza de pago

EL PAGO SE DEBE AL PRESTARSE LOS SERVICIOS.

¡Gracias por haber escogido nuestro consultorio! Nosotros nos comprometemos con proveerle servicios médicos de calidad y económicos. Nuestros pacientes han tenido algunas preguntas acerca de la responsabilidad del paciente y del seguro médico acerca de los servicios prestados. Para ayudar a contestar estas preguntas hemos desarrollado este documento/póliza. Por favor léalo, y háganos cualquier pregunta que pueda tener, y firme en el espacio provisto. A usted se le dará una copia si usted la pide. Muchas gracias por ser nuestro paciente.

LOS PAGOS SE DEBEN AL MOMENTO QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS A NO SER QUE SE HAN PEDIDO ARREGLOS DE PAGO Y ESTOS HAN SIDO APROVADOS POR AVANZADO. USTED TENDRA QUE PAGAR DE ACUERDO AL ARREGLO.

Seguro médico Nosotros aceptamos la mayoría de los seguros médicos. Nosotros le cobramos a su compañía aseguradora por cortesía. Aunque nosotros podemos darle un cálculo de lo que su compañía aseguradora vaya a pagar, es la compañía aseguradora quien toma la determinación acerca de su elegibilidad.

Presentación de reclamos Nosotros presentaremos sus reclamos y le asistiremos de cualquier manera razonable para ayudar a que se le paguen sus reclamos. Su compañía aseguradora pueda que necesite que usted les provea cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con sus pedimentos. Por favor tome en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad sin importar si su compañía aseguradora pague su reclamo. El beneficio de su aseguradora es un contrato entre usted y su compañía aseguradora.

Remisiones Si usted tiene un plan de aseguradora con el cual nosotros tenemos un contrato y usted necesita una remisión de su médico de cabecera/pediatra. Si nosotros no hemos recibido su remisión antes que usted llegue a la oficina, nosotros tenemos un teléfono que usted puede usar para llamar a su médico de cabecera/pediatra para obtenerla. Si usted no logra obtener la remisión en ese momento, se le dará otra cita.

Co-pagos y deducibles/franquicias Todos los co-pagos, deducibles/franquicias y co-seguros se tienen que pagar al prestarse los servicios. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía aseguradora.

Prueba de aseguradora Todos los pacientes deben completar la información del paciente antes de poder ver a nuestros médicos. Nosotros tenemos que obtener un copia de su licencia de conducir y copia de su aseguradora válida actual para poder proporcionar prueba de aseguradora. Si usted falla en proveernos con la información de la aseguradora correcta lo mas pronto posible, pueda que usted sea responsable por el saldo de un reclamo.

Cambios de cobertura Si su aseguradora cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima cita para poder hacer los cambios apropiados para ayudarle a que usted reciba los máximos beneficios.

Métodos de pago Nosotros aceptamos pagos en efectivo, por cheque, Visa, MasterCard, American Express y Discover.

Estados de cuenta del paciente Si usted tiene un saldo que no ha sido pagado usted recibirá un estado de cuenta por correo cada dos semanas. La cantidad en el estado de cuenta se debe cuando se emite el estado de cuenta y se vence si no se paga al recibirlo.

Intereses A los saldos que tienen una tardía de mas de 60 días se les cobrará un interés de 5% por cada 30 días que se atrase. Todos los pagos que se hacen se aplican al saldo mas viejo.

Cuota por inasistencia Por favor cancele o cambie su cita con una notificación de 24 horas. Una cuota equivalente al costo de su cita se le cobrará a nuestra discreción.

Nombre del paciente: _____

Persona responsable: _____

Nombre en imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso de la oficina: Recibido por: _____ **Fecha:** _____

¿A quién le podemos agradecer por haberlo referido?

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Fecha de cita: _____

Sexo: M F

Su médico (circule uno): Dr. Soong Dr. Lemke Dr. Anderson Dr. Sikora Dr. Argo

En un esfuerzo para darnos cuenta de quien lo refirió a nuestro consultorio, por favor tome unos minutos para completar este cuestionario. Sus comentarios nos ayudarán a continuar a mejorar nuestros servicios y nuestros programas que ayudan a la gente que sufre de alergias y de asma.

¿Cómo supo de nuestro consultorio? (Por favor marque **TODAS** las casillas que correspondan)

Lista de la aseguradora

Sitio de búsqueda por internet: _____

Nuestro sitio web

Las páginas amarillas

Amigo o pariente. Nombre completo: _____

Médico de remisión. Nombre completo: _____

Otro _____

Facebook

Feria de salud

Noticias locales

Letrero

Revista/periódico _____

Como parte de un servicio a la comunidad, nosotros ofrecemos chequeos de asma para corporaciones. También participamos en ferias de salud y en eventos cívicos. Si usted, su empresa o grupo cívico está interesado en nuestros servicios por favor proporciónenos con su información de contacto y un resumen breve abajo:

Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted: _____

Comentarios:
