

## Pediatric Specialists of Texas | ¡Bienvenidos a Nuestro Consultorio!

Los pacientes son las personas más importantes en nuestro consultorio. Estamos comprometidos con usted para proporcionarle la mejor atención médica posible. Nuestra meta es la excelencia. Por favor no dude en hacernos cualquier pregunta sobre su plan de salud o su atención médica.

**TELÉFONOS:** Los teléfonos se contestan de lunes a viernes, de 8:30am a 5:00pm excepto a la hora de la comida de 12pm a 1pm (servicio de contestadora)

**HORAS DE OFICINA:** De lunes a viernes, de 8:30am a 5:00pm

**URGENCIAS:** En caso de que se presente una situación que ponga en riesgo la vida, llame al 911. Si tiene un problema urgente que resolver, por favor llame a nuestra oficina para recibir instrucciones. Después de horas de oficina, nuestro servicio de recepción de llamadas le informará como ponerse en contacto con un médico de guardia.

**RECETAS:** Por favor revisen los medicamentos que necesitan antes de su visita para que podamos tenerlos listos cuando vengan. Si usted necesita algún medicamento en el período que transcurre entre sus visitas, por favor solicítelo a través del Portal del Paciente o llame a su farmacia la cual nos enviará la solicitud por vía electrónica. Nosotros procesamos las solicitudes de medicamentos sólo durante las horas normales de oficina y el tiempo de entrega es de 72 horas.

**CITAS:** Para hacer una cita por favor llame al (210) 575-6240.

Por favor llame con anticipación para hacer una cita para su visita de rutina al consultorio. Además, por favor haga su cita de seguimiento antes de irse. Hacemos un esfuerzo para mantener el horario de citas, aunque las urgencias suelen surgir. Si estamos muy atrasados, trataremos de avisarle con tiempo.

**LLEGADA TARDE:** Como cortesía a los demás pacientes y al personal, por favor llame a la oficina lo más pronto posible si va a llegar tarde. Si llega **más de 15 minutos tarde** a su cita, usted será visto a discreción de su médico. Si su médico no lo puede ver, entonces tendrá que hacer otra cita para que lo vean en otra ocasión. Además, los pacientes que lleguen tarde tendrán que esperar a que los vea el médico para acomodar a los otros pacientes con cita.

**LLEGADA TEMPRANO:** Se les pide a los pacientes nuevos que lleguen 30 minutos antes de su cita. Si se trata de una cita de seguimiento, por favor llegue 15 minutos antes de su cita. Si usted llega temprano a su cita, será visto a la hora de su cita.

**CANCELACIONES Y FALTAS:** Nuestra oficina requiere que la cancelación o reprogramación de una cita se haga 24 horas antes de la hora de dicha cita. Las cancelaciones/reprogramaciones constantes de citas, las cancelaciones el mismo día de la cita o las faltas a las citas pueden resultar en un despido de la clínica.

### **SEGURO MÉDICO Y PAGOS:**

- Por favor revise la información sobre su seguro médico antes de su cita, de tal manera que esté informado sobre las referencias, los copagos y cualquier deducible que se requiera al momento de la visita. Aceptamos su pago en efectivo, con cheque y tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Discover y American Express).
- En caso de que un cheque personal haya sido devuelto por falta de fondos, se le cobrará una cuota por el cheque devuelto. Además, probablemente se requerirá que nos proporcione métodos de pago alternativos para sus visitas futuras.
- Por favor traiga su tarjeta del seguro médico cada vez que venga a su cita y llegue temprano (30 minutos para los pacientes nuevos; 15 minutos para las visitas de seguimiento) para llenar las formas de información del paciente que se requieren.

- Aceptamos Medicaid al igual que la mayoría de los planes de seguro médico. Sin embargo, por favor revise toda la información sobre su seguro médico con nuestro personal antes de que se le proporcionen los servicios.
- Su contrato de seguro médico se ha hecho entre usted y su compañía de seguros. Cualquier queja en relación con la cobertura deberá dirigirse a su compañía aseguradora.
- Referencias: Si usted ha sido referido a alguno de nuestros médicos, su médico de cabecera deberá entregar las referencias y las autorizaciones de su compañía de seguros a nuestra oficina antes de su cita. Si éstas no son recibidas, su reclamación de pago al seguro podría serle negada y se convertiría en la responsabilidad financiera de usted.

**¿QUÉ NECESITAMOS DE USTED?**

- Que le informe al personal de la oficina sobre cualquier cambio de seguro médico, empleo, información demográfica o relaciones con otros prestadores de atención médica/servicios.
- Llegar a tiempo a sus citas y cancelar, cuando sea necesario, mediante una llamada telefónica.
- Proporcionar el pago por los servicios solicitados y entregados por Pediatric Specialists of Texas que no hayan sido cubiertos por su seguro médico dentro de un lapso de 90 días.
- Notificar a Pediatric Specialists of Texas sobre cualquier cambio en el estado de salud del paciente.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado e informar a Pediatric Specialists of Texas sobre cualquier impedimento físico o mental que requiera una adaptación especial.
- Hacer preguntas si las instrucciones y los procedimientos no se entienden.

**¿QUÉ DEBERÁ ESPERAR DE NOSOTROS?**

- Ser tratado con respeto, dignidad y ser informado sobre las necesidades de atención médica del paciente para tomar las decisiones apropiadas.
- Esperar que los materiales de enseñanza que le proporcionamos sean inteligibles.
- Ser informado sobre el proceso de facturación de Pediatric Specialists of Texas.
- Que mantengamos su expediente médico confidencial excepto cuando se ha dado el consentimiento.
- Esperar que los servicios sean profesionales, puntuales y apropiados.
- Comunicar sus inquietudes al Jefe de la Oficina de Pediatric Specialists of Texas y esperar recibir una respuesta sin repercusiones negativas o cambios en el servicio.
- Recibir atención sin discriminación por raza, religión, edad, sexo, discapacidad u origen étnico.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con las políticas de la oficina descritas en este paquete.

\_\_\_\_\_  
Nombre *con letra de molde*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha