



1618 E. Pine Street, Silver City, NM 88061

Teléfono: (575) 388-1561

1(888)388-1562 Gratis

Fax: (575) 388-9952

Recepción al centro de salud de Cassie para las mujeres (CHCW). Estamos contentos que usted nos ha seleccionado para su cuidado médico. La información siguiente le ayudará a recibir el mejores cuidado y servicios.

Horas de la oficina: Lunes - Jueves: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

Viernes: 8:00 a.m. - 3:00 p.m.

Citas del Pevisión: Animan a los pacientes a resolver todos los abastecedores en el centro de salud de Cassie para las mujeres: Victor A. Nwachuku, MD es obstétricos/ginecólogos. Michelle Diaz, MD es obstétricos/ginecólogos. Gail Stamler es Cuidar-Partera Certificada. Proporcionan cuidado a los pacientes obstétricos y ginecológicos que comparten el horario sobre pedido para las necesidades y las entregas de la después-hora. Hay siempre médico disponible proporcionar los servicios de asistencia para Ms. Stamler, si tales servicios son necesarios. Hable por favor con los abastecedores si usted tiene preguntas sobre cómo programar sus citas. A menos que le hayan dicho de otra manera, usted puede concertar su cita con el abastecedor de su opción. Por favor tenga presente que la custodia de su cita es muy importante. Recomendamos que usted está aquí por lo menos cinco (5) minutos antes de su cita programada. Cuando usted sabe que no puede concertar su cita, llama por favor inmediatamente para cancelar o para cambiar la hora o día. Si usted esta quince (15) minutos tarde, podemos cambiar tu cita para otro día.

Ultrasonidos: Tenemos un técnico certificado del ultrasonido, Marti Egnaczak (RDMS) es un Sonographer médico de diagnóstico registrado. Ella está aquí lunes, martes, y miércoles.

Después de Cidado de las Horas: El centro de salud de Cassie para las mujeres ofrece la disponibilidad de veinte y cuatro horas para sus pacientes. Si usted tiene una preocupación que se presente después de horas de la clínica, llame por favor el número de teléfono de la clínica para tener acceso a los servicios de la llamada de la después-hora. Su llamada será dirigida al abastecedor en llamada.

Resultados del Laboratorio: Puede tomar hasta dos (2) semanas para recibir resultados del laboratorio, y ocasionalmente, puede durar. Para los resultados normales, una letra le será enviada. Para los resultados anormales, una llamada de teléfono le será hecha cuanto antes. Entre en contacto con por favor nuestra oficina si usted no ha recibido la notificación en el plazo de una mes de su prueba.

Repuesios de la Medicación: Llame por favor su farmacia por lo menos una semana antes del funcionamiento de su medicación. Su farmacia nos enviará una petición del repuesio. Tenga presente que puede tomar hasta setenta y dos horas (72 horas) para enviar la petición de nuevo a su farmacia. Si su prescripción es una sustancia controlada, por favor sepamos de modo que poder entrar en contacto con su farmacia para usted.

Pacientes de Rooming: Los pacientes pueden ser llamados antes de usted debido a una variedad de razones y pudieron ver un diverso abastecedor que usted. No consiga por favor el trastorno cuando sucede esto. No le hemos olvidado. Llamaremos su nombre tan pronto como su abastecedor esté listo para usted. Cada uno será tratado con el respecto extremo en esta clínica.

Visite nuestro website en www.cassiehealthcenter.com

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre _____ SS# _____ - _____ - _____

Dirección de envío _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Ciudad, estado, & Cierre relámpago _____

Teléfono de casa(____) _____ Teléfono de móvil(____) _____ Teléfono del trabajo(____) _____

Teléfono primario: ____ casa ____ movil ____ trabajo
(

Sola Casada Divorciada

Patrón _____ Teléfono #(____) _____

Dirección de envío _____

Ciudad, estado, & Cierre repago _____

Nombre del médico de la atención primaria _____ Telefono #(____) _____

Nombre del padre o del guarda (si el paciente es un menor de edad) _____

Relación _____

Dirección de envío _____

Ciudad, estado, & Cierre relámpago _____

SS # _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Teléfono # (____) _____

Patrón _____ Ocupación _____ Teléfono #(____) _____

Seguro primario _____

Nombre del tenedor de una póliza de seguros _____

Política Holder DOB ____/____/____

Relación al paciente _____

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA DE LA PRÁCTICA

Nos dedicamos a proveer de usted el cuidado mejor y mantenemos. Su comprensión de nuestra política financiera es un elemento esencial de su cuidado y tratamiento. Si usted tiene cualesquiera preguntas, sienta por favor libre de discutir las con nuestro personal.

SEGURO

Nuestra oficina no participa con todos los regímenes de seguros. Es su responsabilidad saber si somos abastecedor participante con su compañía de seguros. Archivaremos una demanda en nombre su a su portador de seguro. Recogeremos cualesquiera co-pagos y/o deductibles a la hora de servicio. **Si usted no tiene su co-pago y/o deductible a la hora de servicio, cambiaremos la hora de su cita para otro día.** En el acontecimiento su seguro niega una demanda por cualquier razón, usted es responsable de la carga completa. El pago será debido sobre el recibo de la declaración.

Es también su responsabilidad llamar su seguro para la confirmación de la cobertura para su visita y/o procedimiento de la oficina.

Tenga por favor presente que su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros y no nuestra oficina. Haremos nuestro mejor para trabajar con su portador de seguro, pero usted es en última instancia responsable de todas las cargas contraídas.

La falta de adherirse a nuestra política financiera puede dar lugar a despido de la práctica y la información de la cuenta atrasada será divulgada a nuestra agencia de colección. Todo el coste contraído para las colecciones será cargado directamente a usted.

PAGA DEL UNO MISMO

Todo el uno mismo-pague a los pacientes se requieren para pagar por lo menos la mitad del coste de la visita de la oficina. Un plan de pago se puede fijar con el departamento de la facturación para el equilibrio restante. Un descuento del 20% será aplicado cuando el equilibrio está sobre \$100.00 y se paga por completo.

La falta de adherirse a nuestra política financiera puede dar lugar a despido de la práctica y la información de la cuenta atrasada será divulgada a nuestra agencia de colección. Todo el coste contraído para las colecciones será cargado directamente a usted.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre_____

Dirección_____

Número de teléfono_____

Número de la c elular_____

Relaci n_____

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia_____

Ciudad_____

N mero de tel fono_____

AVISO DE HIPAA DE LA PRÁCTICA DE LA AISLAMIENTO

La ley nos requerimos mantener la aislamiento, y proporcionamos de individuos con, de este aviso de nuestros deberes legales y de prácticas de la aislamiento con respecto a la información protegida de la salud. Usted puede referirse al documento fijado para los detalles. Por favor pida a oficina central la localización.

La firma abajo es solamente un reconocimiento que usted ha recibido este aviso de nuestra práctica de la aislamiento.

AUTORIZACION PARA EL LANZAMIENTO DE LA HISTORIA DE LA PRESCRIPCION

Concedo el permiso para el centro de salud de Cassie para que las mujeres obtengan toda la historia de la prescripción de fuentes externas según lo necesitado.

AUTORIZACIÓN DEL SEGURO

Autorizo por este medio el centro de salud de Cassie para que las mujeres suministren la información a mis portadores de seguro referentes mi enfermedad y tratamientos. Por este medio asigno a médico todos los pagos para los servicios médicos hechos a me o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no pagada por mi seguro. El garante (debe ser durante 18 años de edad), es responsable de los pagos para todos los servicios hechos a los pacientes de menor importancia.

He leído y entiendo que la política financiera de la práctica y yo acordamos ser limitados por sus términos.

COBERTURA DE SEGURO

Entiendo que el servicio que se está llevando a cabo hoy no puede ser cubierto para el pago por mi seguro. Si I o mi dependiente elige recibir este servicio, acuerdo ser responsable de pagar los gastos de financiación este servicio.

Se entiende que seré responsable de todas las cargas contraídas en esta cuenta que incluya todos los servicios presentes y futuros. Entiendo que sin importar la cobertura de seguro que puedo tener, soy responsable de pagar todas las cargas. En caso de no pago de las cargas para los servicios hechos, acuerdo pagar todo el coste de colecciones incluyendo attorney' razonable; honorarios de s. Autorizo por este medio el centro de salud de Cassie para que las mujeres lancen cualquier información ocurri en el curso de mi examinación o tratamiento. También certifico que el pago esté hecho al centro de salud de Cassie para las mujeres para los servicios hechos.

Firma del paciente o del representante

Fecha

Autorización para el lanzamiento de la información

Fecha de nacimiento _____ / ____ / _____

Yo, _____, autorice el centro de salud de Cassie para que las
(Nombre de la impresión)
mujeres lancen información, médicamente y/o financieramente a las personas siguientes:

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Contraseña: _____

Entiendo que el centro de salud de Cassie para las mujeres información de lanzamiento solamente a los nombres enumerados arriba. También entiendo que soy responsable de poner al día o de revocar esta forma cuanto sea necesario, personalmente.

Firma del paciente o del representante

Fecha
