



Autorizo a Articularis Healthcare a obtener la información médica de la persona nombrada arriba en su nombre de:

\_\_\_\_\_  
*Nombre*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad*

\_\_\_\_\_  
*Estado*

\_\_\_\_\_  
*Código postal*

Información que se obtendrá\*:

- Remisión       Notas clínicas       Reportes de análisis de laboratorio e imágenes recientes  
 Información demográfica       Todas las anteriores       Otro: \_\_\_\_\_

\*Envíe la información de arriba a nuestro Departamento de Expedientes Médicos por fax al (843) 764 – 2726.

Si tiene alguna pregunta, llame al teléfono (843) 572 – 4840, ext. 7005.

### **Vencimiento de la autorización:**

A menos que solicite lo contrario por escrito, esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_. Si no especifica una fecha de vencimiento o evento (insertar la fecha o evento), esta autorización vencerá noventa (90) días después de la fecha en la que se firmó.

### **Derecho a revocar la autorización:**

Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación por escrito a Articularis Healthcare. Entiendo que la revocación no se aplicará a cualquier información médica que ya se haya revelado como respuesta a esta autorización.

### **Denegación para autorizar el uso o revelación:**

Entiendo que autorizar el uso o revelación de la información de arriba es voluntario. No tengo que firmar este formulario para garantizar el tratamiento de la atención médica.

### **Volver a revelar:**

Entiendo que si se revela mi información médica a una parte que no sea un proveedor de atención médica, plan médico o centro de intercambio de información de atención médica sujeto a las regulaciones federales de privacidad, mi información médica revelada según esta autorización puede ya no estar protegida por las normas federales de privacidad.

### **Liberación de responsabilidad y exención**

Si la información médica que pedí que Articularis Healthcare revele contiene información psiquiátrica o psicológica privilegiada relacionada con el tratamiento de una enfermedad física o mental, dependencia química o abuso de alcohol, o pruebas o tratamiento de cualquier enfermedad contagiosa o infecciosa como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia (ARC), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades venéreas, tuberculosis o hepatitis, por este medio renuncio a cualquier privilegio relacionado con dicha información con el fin de dársela a la parte o partes autorizadas arriba. También eximo a Articularis Healthcare de todas y cada una de las obligaciones, daños y reclamos que puedan surgir de la revelación de la información médica autorizada por mí arriba.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o del representante legal del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Mes/día/año*

\_\_\_\_\_  
*Descripción de la autoridad para actuar en nombre del paciente*

NOTA: EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE DEBE RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO COMPLETO, FIRMADO Y FECHADO Y SE DEBE INCLUIR UNA COPIA EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE

### Información del paciente

Apellido del paciente		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección postal			Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal	Otro teléfono	¿Activar el Portal del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo electrónico	
Idioma principal	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Origen étnico	¿Tiene una discapacidad de la audición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una discapacidad de la vista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del empleador			Teléfono del empleador		
Dirección del empleador		Ciudad del empleador		Estado del empleador	Código postal del empleador
Médico de atención médica primaria			Médico que hace la remisión		

### Información del contacto de emergencia

Apellido	Primer nombre	Relación con el paciente	Teléfono principal	¿Tutor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------	---------------	--------------------------	--------------------	--

### Parte responsable si no es el paciente

Apellido	Primer nombre	Relación con el paciente	Teléfono principal
Dirección		Ciudad	Estado
			Código postal

### Titular de la póliza de seguro médico

Marque aquí si no tiene seguro

Compañía de seguro primario		Apellido del titular de la póliza		Nombre del titular de la póliza	
Relación con el paciente	Id. del suscriptor	Número de grupo		Fecha de nacimiento	
Compañía de seguro secundario		Apellido del titular de la póliza		Nombre del titular de la póliza	
Relación con el paciente	Id. del suscriptor	Número de grupo		Fecha de nacimiento	

### Cesión de los beneficios/consentimiento para el tratamiento

Por este medio cedo todos los beneficios médicos a los que tengo derecho, incluyendo todos los planes de seguro del gobierno y privados, a esta oficina. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Acuso recibo de la Política financiera y entiendo que soy responsable de todos los cambios no pagados por el seguro. Autorizo a este consultorio médico a revelar toda la información necesaria para garantizar el pago. Por este medio autorizo voluntariamente el tratamiento en este consultorio y autorizo dichos tratamientos exámenes, medicamentos y procedimientos de diagnóstico (incluyendo, entre otros, el uso de análisis de laboratorio y radiografías) que ordenen los proveedores de atención directa. Por este medio consiento voluntariamente la toma de imágenes fotográficas solamente con fines de tratamiento (progresión del cuidado de la herida, documentación de sarpullido, etc.) como lo ordenen los proveedores de atención directa.

Firma del paciente/tutor	Fecha
--------------------------	-------

**Información del paciente:**

Apellido del paciente		Primer nombre	Fecha de nacimiento
Motivo de la visita		Alergias	
Farmacia preferida	Teléfono de la farmacia	Dirección de la farmacia	

**Haga una lista de sus medicamentos actuales:**

1.		mg	6.		mg
2.		mg	7.		mg
3.		mg	8.		mg
4.		mg	9.		mg
5.		mg	10.		mg

**Haga una lista de los medicamentos que probó en el pasado para sus condiciones autoinmunes:**

1.		mg	3.		mg
2.		mg	4.		mg

**Haga una lista de cualquier enfermedad u operación que tenga o haya tenido:**

1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

**Historia de fumar y consumo de alcohol:**

¿Consumo alcohol actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Acostumbraba consumir alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fuma tabaco actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Acostumbraba fumar tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Haga una lista de los médicos que lo atienden ahora o que lo atendieron en el pasado:**

1.		3.	
2.		4.	

**Mencione abajo la historia de artritis o enfermedad reumatoide en su familia:**

	Madre	Padre	Hermanos
Artritis reumatoide			
Gota			
Psoriasis			
Lupus			
Otro			

## Articularis Healthcare Group, Inc. Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo usted puede acceder a esta información. Comuníquese con el director de Privacidad 843-572-4840 si tiene alguna pregunta.

Vigencia: 13 de noviembre de 2019

Tenemos el compromiso de proteger la privacidad de su información médica personal (PHI). Este Aviso de prácticas de privacidad (Aviso) describe cómo podemos usar dentro de nuestro consultorio médico o red y revelar (compartir fuera de nuestro consultorio y red) su PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También podemos compartir su información con otros propósitos permitidos o exigidos por la ley. Este Aviso también describe sus derechos para acceder y controlar su PHI.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su PHI. Se le notificará sobre cualquier vulneración de PHI no segura. Cumplimos los términos descritos en este Aviso. Podemos cambiar nuestro Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a toda la PHI. Cuando lo pida, le daremos cualquier Aviso revisado:

- Publicando el Aviso nuevo en nuestro consultorio.
- Dándole una copia del Aviso nuevo en nuestro consultorio o enviándola por correo, si la pide.
- Publicando el Aviso revisado en nuestro sitio web, [www.articularishealthcare.com](http://www.articularishealthcare.com).

### Usos y revelaciones de su PHI

La ley nos permite o exige usar o revelar su PHI con varios propósitos, que se explican en este aviso. Hemos incluido algunos ejemplos, pero no hemos mencionado todos los usos o revelaciones permitidas. Al usar o revelar la PHI o pedir la PHI a otra fuente, haremos todo el esfuerzo razonable para limitar nuestro uso, revelación o solicitud de su PHI al mínimo necesario para lograr nuestro propósito previsto.

### Usos y revelaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica

- Tratamiento. Podemos usar o revelar y compartir su PHI con otros profesionales que lo estén atendiendo, incluyendo médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina o personal del hospital que participe en su atención. Por ejemplo, podríamos revelar información sobre su condición médica general a médicos que lo estén tratando por una lesión o condición específica.
- Pago. Podemos usar y revelar su PHI para facturar y obtener pagos de los planes médicos o de otros. Por ejemplo, compartimos su PHI con su plan de seguro médico para que pague los servicios que reciba.
- Operaciones de atención médica. Podemos usar y revelar su PHI para administrar nuestro consultorio médico y mejorar su atención. Por ejemplo, podemos usar su PHI para administrar los servicios que recibe o supervisar la calidad de nuestros servicios de atención médica.

### Otros usos y revelaciones de su PHI

Podemos compartir su información de otras maneras, generalmente para propósitos de salud pública o investigación o para contribuir con el bien público. Por ejemplo, estos otros usos y revelaciones pueden incluir a:

- Nuestros asociados comerciales. Podemos usar y revelar su PHI a nuestros asociados comerciales que prestan servicios en nuestro nombre, como auditoría, legal o transcripción. La ley exige a nuestros asociados comerciales y a sus contratistas que protejan su PHI de la misma manera que lo hacemos nosotros. Además, nosotros exigimos contractualmente que estas partes usen y revelen su PHI solo como está permitido y que protejan su PHI de manera apropiada.
- Intercambios de información médica. Participamos en los intercambios de información médica (HIE) que apoyan el intercambio de información electrónica entre los miembros con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Las personas pueden optar por no participar en los HIE. Haremos los esfuerzos razonables para limitar el intercambio de PHI en estas actividades de intercambio electrónico para las personas que hayan optado por no participar. Si quiere que se le excluya de participar, comuníquese con el director de Privacidad.
- Cumplimiento legal. Por ejemplo, compartiremos su PHI si el Departamento de Salud y Servicios Humanos lo exige durante la investigación de nuestro cumplimiento de las leyes de privacidad.
- Actividades de salud y seguridad pública. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para reportar lesiones, nacimientos y muertes; prevenir enfermedades; reportar reacciones adversas a medicamentos o defectos de dispositivos médicos; reportar sospechas de negligencia infantil o abuso o violencia doméstica, o prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad pública.
- Responder a acciones legales. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para responder a una orden del tribunal o administrativa o a una citación; solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legal.
- Investigación. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para algunos tipos de investigación médica que no necesita su autorización, como si una Junta de Revisión Institucional (IRB) exoneró el requisito de autorización por escrito [debido a que la revelación solo involucra riesgos mínimos para la privacidad].
- Examinadores médicos o directores de funerarias. Por ejemplo, podemos compartir la PHI con médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias cuando una persona muere.
- Donación de órganos o tejidos. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para coordinar una donación autorizada de órganos o tejidos de usted o un trasplante para usted.

- Compensación de los trabajadores. Podemos usar y revelar su PHI para reclamos de compensación de los trabajadores; actividades de supervisión médica de agencias federales o estatales; propósitos de cumplimiento de la ley o con un agente de policía, o funciones especializadas del gobierno como actividades militares o de veteranos, seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección presidencial o idoneidad médica.

#### Sus opciones

Para cierta información médica, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen abajo, comuníquese con nosotros y haremos los esfuerzos razonables para seguir sus instrucciones. Tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información como su PHI, condición o ubicación general, con amigos o familiares u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de ayuda en casos de desastres, como a una organización de asistencia para ayudar a encontrar o notificar a su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.

Podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted, según nuestro mejor criterio y:

- Si usted no puede decirnos su preferencia; por ejemplo, si está inconsciente.
- Cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

#### Sus derechos

Usted tiene ciertos derechos relacionados con su información médica protegida. Todas las solicitudes para ejercer sus derechos se deben hacer por escrito.

Revisar y obtener una copia de su información médica protegida. Puede revisar y obtener una copia de su información médica protegida incluida en un conjunto de registros designado mientras conservemos la información médica protegida. Si lo pide, podemos darle una copia de su expediente en formato electrónico. Hay algunas excepciones en los registros que se pueden copiar y la solicitud se puede denegar. Podemos hacer un cargo razonable basada en los costos, por una copia del expediente.

Solicitud de más restricciones. Tiene derecho a pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos sobre su PHI. Puede comunicarse con nosotros y pedirnos que no usemos ni compartamos cierta PHI para el tratamiento, pago u operaciones o con ciertas personas involucradas en su atención. Para estas solicitudes:

- no estamos obligados a aceptar;
- podemos decir que “no” si esto afectaría su atención, pero
- no aceptaremos revelar información a un plan médico con fines de pago u operaciones de atención médica si la restricción que pidió se relaciona con un artículo o servicio de atención médica por el que usted u otra persona, que no sea el plan médico, pagó por completo de su bolsillo, a menos que lo exija la ley.

Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos de diferentes formas o en diferentes lugares. Aceptamos las solicitudes razonables. También podemos pedir una dirección alterna u otro método de contacto como enviar la información a un apartado postal. No le pediremos una explicación sobre su solicitud.

Hacer modificaciones. Puede pedirnos que corrijamos o modifiquemos la PHI que tenemos sobre usted que cree que es incorrecta o inexacta. Para estas solicitudes:

- Debe enviar solicitudes por escrito, especificar la PHI inexacta o incorrecta y dar una razón que respalde su solicitud.
- Generalmente decidimos conceder o negar su solicitud dentro de 60 días. Si no podemos actuar dentro de 60 días, le daremos una razón para el retraso por escrito e incluiremos cuándo puede esperar que completemos nuestra decisión.
- Podemos denegar su solicitud de una modificación si nos pide que modifiquemos PHI que no es parte de nuestro expediente, que no creamos, que no es parte de una serie de expedientes designada o que es exacta y completa.

Solicitud de un historial de revelaciones. Este derecho se aplica a las revelaciones con fines diferentes al tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puede pedir la información de los seis años anteriores o de un período de tiempo más corto. Si pide más de una lista en un período de 12 meses, se le puede cobrar un cargo razonable.

#### Otros derechos de privacidad

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso, si la pide. Le daremos una copia de este aviso el primer día que lo atendamos en nuestro centro. En una emergencia le daremos este aviso tan pronto como sea posible. Tiene derecho a recibir una notificación de cualquier vulneración de su información médica protegida.

#### Quejas

Tiene derecho a presentar una queja si cree que violamos sus derechos. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja. Puede presentar una queja:

- directamente con nosotros comunicándose con el director de Privacidad. Todas las quejas se deben presentar por escrito.
- con la Oficina de Derechos Civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. Envíe una carta a U.S. HHS a la dirección 200 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20201; llame al 1-800-368-1019; o visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

Acuse de recibo del  
"AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD"

Reconozco que recibí una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" para la información médica protegida en la fecha establecida abajo.

\_\_\_\_\_  
Fecha de recepción

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal autorizado en  
letra de molde

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

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal autorizado

\_\_\_\_\_  
Mencione la relación con el paciente

---

SOLO PARA USO DEL PERSONAL DEL CONSULTORIO MÉDICO  
(*Complételo solo si no se obtiene el acuse de recibo del paciente*)

*No se obtuvo el acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad porque:*

El paciente se negó a firmar el acuse de recibo

No se pudo obtener la firma del acuse de recibo debido a una barrera de comunicación/idioma o de otro tipo

El paciente no pudo firmar el acuse de recibo debido a una situación de tratamiento de emergencia

Otro (*indique la razón*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

Esta información se usa para facilitar nuestras comunicaciones con usted en un esfuerzo por darle un excelente servicio.

Información del paciente (escriba claramente en letra de molde):

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	(mes/día/año)
Dirección	N.º de apto./N.º de apartado postal (incluya la dirección de correo postal completa)		Número de expediente médico/SSN	
Ciudad	Estado	Código postal	Número de contacto principal	

Si no podemos comunicarnos con usted al teléfono mencionado arriba, Low Country Rheumatology podría comunicarse con usted (incluyendo dejar mensajes) relacionados con citas o resultados normales de análisis de laboratorio a los siguientes teléfonos:

Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Otro teléfono
----------------------	------------------	---------------

Autorizo a Low Country Rheumatology a revelar información médica protegida a las siguientes personas:

<input type="checkbox"/> Cónyuge:	Nombre	Teléfono
<input type="checkbox"/> Hijos:	Nombre	Teléfono
	Nombre	Teléfono
<input type="checkbox"/> Otros:	Nombre	Teléfono

Información que se revelará:

Toda la información médica     Resultados de análisis de laboratorio     Toda la información de facturación/cuenta

Declaración de autorización: Entiendo que la información médica protegida (PHI) usada o revelada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación del receptor y ya no estará protegida por la ley federal o estatal. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y entregar mi revocación en el centro de Low Country Rheumatology donde recibí la atención. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya usado o revelado como respuesta a esta autorización. Entiendo que Low Country Rheumatology no puede pedirme que firme esta autorización como condición para darme tratamiento, a menos que la disposición de atención médica de Low Country Rheumatology sea únicamente con el propósito de crear la PHI para revelación a un tercero autorizado legalmente para recibir dicha información. Entiendo que me darán una copia de esta autorización.

Firma/fecha: (fecha en que el paciente o tutor/representante personal firmó la autorización) \_\_\_\_\_  
Mes/día/año

Nombre del paciente o del tutor/representante personal en letra de molde \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor/representante personal \_\_\_\_\_  
Mencione la relación con el paciente (obligatorio) \_\_\_\_\_



Agradecemos que nos haya elegido como su proveedor de atención médica. Nuestro equipo de médicos y profesionales de atención médica tienen el compromiso de cumplir nuestra misión de dar continuidad de servicios médicos a nuestros pacientes. Para apoyar este objetivo, creamos esta política financiera para comunicar aspectos financieros importantes sobre nuestro consultorio médico. Lea esta política completamente antes de visitar y comunicarse con nuestra Oficina de Facturación si tiene alguna pregunta o preocupación. Nuestra Oficina de Facturación atiende de lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. y puede comunicarse con ellos llamando al (843) 572-4840. Además, cualquier paciente sin seguro, con seguro insuficiente o pacientes indigentes que tienen recursos limitados o inadecuados para pagar los servicios de atención médica prestados en cualquiera de nuestras clínicas puede ser elegible para recibir asistencia económica por medio de opciones de pago y nuestro Programa de asistencia económica.

**Llegar a su visita.** Para dar atención excepcional a cada paciente, hemos adoptado directrices relacionadas con las llegadas tarde, cancelaciones y pacientes que no llegan a sus citas. Pedimos que todos los pacientes nuevos lleguen 15 minutos antes de la hora de su cita programada. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, tendrá la opción de reprogramar su cita o que el médico como una cita “si hay cancelación o retraso de alguien más” ese día según lo permita el horario. Si no llega a su cita o si cancela en el período de 24 horas antes de su cita, se puede aplicar un cargo de \$25 a su cuenta. Nos reservamos el derecho a dar de baja a los pacientes que lleguen tarde, que cancelen en el período de 24 horas antes de su visita o que no lleguen a sus citas tres veces en un período de 12 meses.

**Remisiones y autorizaciones previas.** Es su responsabilidad obtener remisiones para los servicios prestados dentro de nuestro consultorio médico. Sin embargo, obtendremos cualquiera de las autorizaciones previas para tratamientos o servicios prestados dentro de nuestro consultorio médico.

**Seguros y facturación.** Nos complace facturar a su plan de atención médica primario y secundario en su nombre. Usted es el responsable final de su copago y cualquier coseguro relacionado con su deducible en el momento de registrarse para su cita y cualquier saldo restante después de los pagos del seguro. Los servicios auxiliares en nuestra clínica, como ultrasonidos, análisis de laboratorio o radiografías, se le facturarán después de su visita. Aceptamos la mayoría de las pólizas de seguro, incluyendo Medicaid para pacientes en nuestra área de tres condados (Dorchester, Berkley y Charleston), pero comuníquese con su compañía de seguros para verificar que somos un proveedor dentro de la red. Como propietario de la póliza de seguros, usted es el único responsable de las pólizas de cobertura según el plan y de la exactitud de la información en el archivo.

**Errores de seguros.** Si cree que la compañía de seguros denegó o procesó un reclamo en error, llámenos de inmediato. Si su compañía de seguros le pide más información, es importante que cumpla esas solicitudes de manera oportuna. Si el seguro no paga un reclamo en el plazo de 45 días después de presentarlo, el saldo pendiente se le factura al paciente y se vuelve responsabilidad del paciente. Si paga más de su responsabilidad, el pago en exceso se aplicará como un crédito en la cuenta. Puede decidir usar el crédito en su próxima visita u optar recibir un cheque de reembolso.

**Pagar su factura.** Para su conveniencia, aceptamos varias formas de pago, incluyendo cheques personales, órdenes de pago, tarjeta de crédito y efectivo. El pago se acepta por teléfono, en línea, en persona y por correo. Si usamos el procesamiento de análisis de laboratorio a través de Quest Diagnostics, ellos le enviarán una factura directamente por cualquier saldo pendiente de gastos de bolsillo. Comuníquese con Quest Diagnostics directamente para hablar sobre su factura llamando al 866-MYQUEST (866-697-8378).

**Tarjetas de crédito en el archivo.** Si aún tiene un saldo después de 30 días o es elegible para un plan de pagos, debe tener una HSA o una tarjeta de crédito activa en el archivo. No tenemos acceso a la información de crédito/débito/HSA/del banco de los pacientes. Una compañía certificada guarda y codifica la información financiera del paciente que cumple todas las leyes federales de privacidad y los estándares de seguridad de datos de la industria de tarjetas de pago (PCI DSS).

**Capacidad de pago.** Los saldos de las cuentas se deben pagar completamente antes de la fecha de pago del estado de cuenta. Si tiene circunstancias que limiten su capacidad de pago del saldo de su cuenta y agotó todos los demás recursos, comuníquese con un miembro de la Oficina de Facturación para empezar el proceso de determinación del Programa de asistencia económica. Es posible que se hagan retenciones a las cuentas sin acuerdos de pago y es posible que no se programen citas nuevas hasta que se paguen los saldos anteriores. Tenga en cuenta que es posible que se necesite información financiera específica y otra información pertinente para apoyar la elegibilidad del paciente para la asistencia. Los intentos fallidos por comunicarnos con los pacientes sobre sus saldos no pagados para establecer acuerdos de pago pueden dar lugar a cobros o a que se le dé de baja en el consultorio médico.

**Cuentas en incumplimiento.** Trataremos de facturar y cobrarles a los pacientes responsables todo o parte del costo de los servicios prestados por nuestros proveedores. Después de 90 días, si no ha hecho el pago de una factura ni ha establecido un plan de pagos, podemos iniciar las acciones de cobro enviando al paciente un aviso de cobro. Si no logramos cobrar o hacer un acuerdo de pago con el paciente, el paciente puede recibir un aviso final de pago. Si decidimos que es poco razonable tratar de cobrar los saldos, se le enviará una carta certificada dándole baja de nuestro consultorio médico y la cuenta se remitirá a la agencia de cobros.

Firma del paciente/tutor	Fecha
--------------------------	-------

*Para eliminar la documentación y las llamadas telefónicas innecesarias, su médico le dará suficiente medicamento para que le dure hasta la próxima cita. Habrá muy pocas ocasiones en las que necesite medicamento fuera de su cita programada, pero las solicitudes de resurtido se atienden teniendo en cuenta los siguientes criterios:*

- No se aceptan solicitudes de resurtido de recetas de las farmacias.
- Para enviar una solicitud de resurtido de recetas, llámenos al (843) 572 - 4840 y presione el número correspondiente para comunicarse con el equipo de atención de su proveedor. Deje un mensaje detallado con su nombre completo, fecha de nacimiento e información médica; tenga en cuenta que todas las solicitudes se atenderán en el plazo de 24 horas.
- Nuestro consultorio médico atenderá el siguiente día laborable todas las solicitudes de resurtido enviadas después del horario de atención, durante los fines de semana y feriados, excepto en una situación de emergencia.
- Llame a su farmacia para verificar que su receta esté lista para recogerla.
- Enviaremos electrónicamente su resurtido a la farmacia documentada en su expediente médico, a menos que usted pida otra cosa. No podemos llamar para pedir por teléfono ningún medicamento controlado. Todos los pacientes deben recoger sus recetas de medicamentos controlados en persona. Es posible que tenga que ir a la clínica donde está su proveedor ese día, ya que las recetas por escrito necesitan la firma.
- Un proveedor de Articularis Healthcare debe haber ordenado cualquier medicamento y usted debe haber tenido una cita con él en el último año.
- Nuestro consultorio médico recetará o resurtirá solo suficiente medicamento para que le dure hasta su próxima cita con el proveedor.
- Los resurtidos de los medicamentos DMARDS pueden necesitar análisis de sangre antes de aprobar la solicitud de resurtido.

Firma del paciente/tutor

Fecha