



NAVIGATION
MEDICAL CENTER

Jaime E. Duarte MD FAAFP

Sonia P. Moncayo MD

3003 Navigation Blvd., Houston, TX 77003. Fax: 713-223-1571 Phone: 713-223-4466

www.navigationmedical.com

REGISTRATION FORM / HOJA DE REGISTRO

Date / Fecha:

PCP / Médico primario:

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient / Paciente:

Last name / Apellido

First name / Primer nombre

Marital status / Estado civil: (check one / seleccione uno)

☐ Single / Soltero

☐ Married / Casado

☐ Divorced/Divorciado

☐ Widow(er)/Viudo(a)

Preferred language / Idioma preferido:

☐ English / Inglés

☐ Spanish / Español

Gender / Género:

☐ M

☐ F

Birth date / Fecha de nacimiento:

m / d / y / a

Age / Edad:

Address / Dirección:

City / Ciudad

State / Estado

ZIP Code

Sexual Orientation / Orientación Sexual

☐ Straight or Heterosexual / Heterosexual

☐ Lesbian, gay or Homosexual / Lesbiana u Homosexual

☐ Bisexual / Bisexual

☐ Choose not to disclose / Prefiero no decir

☐ Other / Otro: _____

Gender Identity / Identidad de Género

☐ Male / Masculino

☐ Female / Femenino

☐ Transgender Male / Transgenero Masculino

☐ Transgender Female / Transgenero Femenino

☐ Other / Otro: _____

Race / Raza:

☐ White / Blanco

☐ African American/ Afro Americano

☐ Asian / Asiático

☐ Otro: _____

Ethnic / Etnia:

☐ Hispanic / Hispano

☐ Not Hispanic / No Hispano

Social Security No. / No. del Seguro Social:

EMPLOYMENT INFORMATION / INFORMACIÓN LABORAL

Mobile phone No. / No. de móvil:

Occupation / Ocupación:

Home phone No. / No. Teléfono fijo:

Employer / Empleador:

E-mail address / Correo electrónico:

Contact phone No. / No. De contacto:

INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DEL SEGURO

Is this patient covered by insurance? / ¿Esta cubierto este paciente por un seguro médico?

☐ No / No (Continue in 1. / Continuar en 1.)

☐ Yes / Si (Continue in 2. / Continuar en 2.)

1. Person responsible for bill / Persona responsable de la cuenta:

Birth date / Fecha de nacimiento:

Contact phone No. / No. De contacto:

/ /

m / m d / d y / a

Last name / Apellido

First name / Primer nombre

2. Name of the **primary** insurance company / Nombre de la compañía de seguro médico **primario**:

Subscriber's name / Nombre del suscriptor:

Birth date / Fecha de nacimiento:

Policy No. / No. Poliza

Group No. / No. Grupo

/ /

m / m d / d y / a

Last name / Apellido

First name / Primer nombre

Patient's relationship to subscriber / Relación del paciente con el suscriptor:

☐ Self / Mismo

☐ Spouse / Espos(a)

☐ Child / Hijo(a)

☐ Other / Otro: _____

(If applicable / Si aplica) Name of the **secondary** insurance company /
compañía de seguro médico **secundaria**:

Nombre de la

Subscriber's name / Nombre del suscriptor:

Birth date / Fecha de nacimiento:

Policy No. / No. Poliza

Group No. / No. Grupo

/ /

m / m d / d y / a

Last name / Apellido

First name / Primer nombre

Patient's relationship to subscriber / Relación del paciente con el suscriptor:

☐ Self / Mismo

☐ Spouse / Espos(a)

☐ Child / Hijo(a)

☐ Other / Otro: _____

IN CASE OF EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA

Name of local friend or relative / Nombre de amigo o familiar:

Relationship to patient / Relación con el paciente:

Home phone No. / No. Teléfono fijo:

Mobile phone No. / No. de móvil:

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits to be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Navigation Medical Center or the Insurance Company to release any information required to process my claims.

La información anterior es verdadera. Autorizo a mi seguro pagar directamente al médico según beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance.

También autorizo a Navigation Medical Center o la compañía de seguros para suministrar toda la información necesaria para procesar los reclamos correspondientes.

Patient / Guardian signature
Firma del paciente o responsable

Internal Use:

Received/Reviewed by: _____



NAVIGATION
MEDICAL CENTER

Jaime E. Duarte MD FAAFP

Sonia P. Moncayo MD

3003 Navigation Blvd., Houston, TX 77003. Fax: 713-223-1571 Phone: 713-223-4466

www.navigationmedical.com

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO PARA PACIENTES NUEVOS POLÍTICA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

En NAVIGATION MEDICAL CENTER, nos comprometemos a brindar atención médica de alta calidad, basada en la evidencia y centrada en su salud y bienestar. Como parte de nuestra política clínica y filosofía de atención, NO recetamos ni administramos medicamentos controlados, incluyendo, entre otros:

Opioides (p. ej., hidrocodona, oxicodona, morfina, etc.)

Benzodiazepinas (p. ej., Xanax, Ativan, Valium, etc.)

Estimulantes (p. ej., Adderall, Ritalin, etc.)

Medicamentos para dormir (p. ej., Ambien, Lunesta, etc.)

Entendemos que a algunos pacientes se les han recetado estos medicamentos en el pasado. Sin embargo, nuestra clínica se centra en enfoques alternativos y seguros para el manejo del dolor, la ansiedad, el TDAH y los problemas de sueño, que se ajustan a las directrices médicas actuales y los estándares de salud pública.

Si necesita continuar con el tratamiento con sustancias controladas, le recomendamos que consulte las opciones de tratamiento con su proveedor anterior o que lo derive a un especialista en manejo del dolor, psiquiatría o salud conductual.

Confirmación del paciente:

Al firmar este documento, reconozco y autorizo que:

NAVIGATION MEDICAL CENTER no receta ni administra medicamentos controlados.

Entiendo que no recibiré recetas de opioides, benzodiazepinas, estimulantes ni sustancias controladas similares en esta clínica.

Acepto discutir con mi proveedor sobre opciones de tratamiento alternativas basadas en la evidencia, según corresponda.

Entiendo que el incumplimiento de esta política puede resultar en mi despido de la clínica.

Acepto que NAVIGATION MEDICAL CENTER revise mi información farmacéutica, así como el acceso a PBM y PMP, para mejorar mi salud y la gestión de mis medicamentos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



NAVIGATION
MEDICAL CENTER

Jaime E. Duarte MD FAAFP

Sonia P. Moncayo MD

3003 Navigation Blvd., Houston, TX 77003. Fax: 713-223-1571 Phone: 713-223-4466

www.navigationmedical.com

POLÍTICA DE LLEGADA TARDÍA, CANCELACIONES Y NO PRESENTACIÓN A CITAS MEDICAS

En **Navigation Medical Center** nos esforzamos por brindar atención médica de alta calidad a todos nuestros pacientes de manera oportuna. No asistir a las citas programadas es costoso no solo para la clínica, sino también para usted como paciente. Llegar tarde más de 15 minutos antes de su cita programada puede causar inconvenientes significativos no solo a los profesionales de la salud, sino también a otros pacientes.

Para los pacientes nuevos, recomendamos llegar al menos 30 minutos antes de su primera visita si no ha tenido la oportunidad de completar la documentación en papel o electrónicamente.

Las llegadas tarde, es decir, las llegadas 15 minutos después de la cita programada, deberán reprogramarse. Sin embargo, dependiendo del flujo de trabajo de la clínica, es posible que podamos atenderlo. Esto solo lo determinará el personal de la clínica después de su llegada. En algunos casos, si se supone que debe tener un médico de cabecera asignado y no lo hizo antes de su cita, debido al tiempo dedicado a hacerlo después de los 15 minutos, es posible que deba reprogramar su cita. (Lo mismo aplica para cualquier otro motivo que retrase su registro). Llegar tarde a su cita por segunda vez en el mismo año calendario, conlleva un cargo de \$50.

Se solicita a los pacientes que no puedan asistir a sus citas que avisen con 48 horas de anticipación. Entendemos que no siempre es posible avisar y lo consideraremos caso por caso. Este aviso permite que la clínica tenga tiempo para ofrecer a otros pacientes la oportunidad de ver a nuestros profesionales, optimizando así el tiempo disponible.

Si un paciente no avisa con 48 horas de anticipación a su cita, **se le cobrará una tarifa de \$50.00 que se cargará a su cuenta. Si un paciente no asiste a 3 citas por año calendario**, se le dará de baja de la clínica y se le emitirá una carta de despido.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha



NAVIGATION
MEDICAL CENTER

Jaime E. Duarte MD FAAFP

Sonia P. Moncayo MD

3003 Navigation Blvd., Houston, TX 77003. Fax: 713-223-1571 Phone: 713-223-4466

www.navigationmedical.com

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente, autorizo a NAVIGATION MEDICAL CENTER, a revelar mi información médica protegida, incluyendo, pero sin limitarse a diagnósticos, procedimientos, planes de tratamiento, citas y resultados de exámenes o laboratorios; y mi información de facturación, incluyendo, pero sin limitarse a balances de cuentas por pagar, pagos y acuerdos de pago, reclamaciones a compañías de seguros de salud y financiación por parte de terceros, a la(s) siguiente(s) persona(s):

•Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

•Hijo(a): _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

•Hijo(a): _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

•Otro: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

☐ **NO REVELAR MI INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA (PHI) A NADIE**

Esta autorización tendrá efecto hasta que sea terminada por escrito.

MENSAJES

Favor llamar a () El teléfono de casa _____ () Mi teléfono celular _____

() Otro teléfono _____.

La mejor hora para llamarme es (día) _____ a las (hora) _____

Si no es posible localizarme, reconozco y acepto que la información médica o de facturación puede ser dejada en mi correo de voz o con cualquier persona(s) identificada en esta forma.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha de autorización



NAVIGATION
MEDICAL CENTER

Jaime E. Duarte MD FAAFP
Sonia P. Moncayo MD

3003 Navigation Blvd., Houston, TX 77003. Fax: 713-223-1571 Phone: 713-223-4466

www.navigationmedical.com

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE - AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEER CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médicos relacionados.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el propósito de brindarle servicios de atención médica, para pagar sus facturas médicas, para respaldar las operaciones del consultorio del médico y para cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de atención domiciliar que le brinde cuidados. También podríamos proporcionarla a un médico al que haya sido referido para garantizar que tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida se usará, según sea necesario, para obtener el pago por los servicios de atención médica que reciba. Por ejemplo, obtener la aprobación para una hospitalización puede requerir que se divulgue su información de salud protegida relevante al plan de salud para obtener la autorización.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales del consultorio de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, concesión de licencias y otras actividades comerciales. Por ejemplo, podríamos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que atienden pacientes en nuestra oficina. Además, podríamos usar una hoja de registro en la recepción donde se le pedirá que firme su nombre e indique el médico con quien tiene cita. También podríamos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando el médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización, Según lo requerido por la ley: Asuntos de salud pública, Enfermedades transmisibles, Supervisión de salud, Abuso o negligencia, Requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), Procedimientos legales, Aplicación de la ley, Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos, Investigación, Actividad criminal, Actividad militar y seguridad nacional, Compensación de trabajadores, Reclusos. Usos y divulgaciones requeridas por la ley.

Otros usos y divulgaciones permitidos o requeridos solo se realizarán con su consentimiento, autorización o oportunidad de objeción, salvo cuando lo exija la ley. Puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que su médico o el consultorio del médico hayan tomado medidas basadas en el uso o divulgación indicados en la autorización.

Uso de Herramientas de Inteligencia Artificial (IA): Nuestra práctica puede utilizar herramientas de inteligencia artificial (IA) seguras y que cumplen con HIPAA para ayudar a nuestro personal y



NAVIGATION
MEDICAL CENTER

Jaime E. Duarte MD FAAFP
Sonia P. Moncayo MD

3003 Navigation Blvd., Houston, TX 77003. Fax: 713-223-1571 Phone: 713-223-4466

www.navigationmedical.com

proveedores en tareas administrativas y en la documentación clínica. Estas herramientas se utilizan únicamente para apoyar la atención al paciente y la eficiencia operativa.

Todas las decisiones médicas, la revisión de la documentación y las comunicaciones con los pacientes son supervisadas y finalizadas por profesionales de la salud calificados. Las herramientas de IA no reemplazan el criterio ni la toma de decisiones clínicas. Al firmar este formulario, usted reconoce y otorga su consentimiento para el uso de herramientas asistidas por IA como parte de su atención médica. Si tiene preguntas o inquietudes, por favor hable con un miembro de nuestro personal.

SUS DERECHOS: A continuación, se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida:

Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida: Bajo la ley federal, sin embargo, no podrá inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable de, o utilizada en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida sujeta a una ley que prohíba el acceso.

Derecho a solicitar restricciones: Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos parte de su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que su información no sea divulgada a familiares o amigos involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación, según lo descrito en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica que solicita y a quién desea que se aplique. Su médico no está obligado a aceptar una restricción que solicite. Si su médico considera que es en su mejor interés permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida, esta no será restringida. En ese caso, tiene derecho a acudir a otro profesional de salud.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Puede pedir que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en una ubicación alternativa.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso: Puede solicitarlo en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente.

Derecho a solicitar una enmienda: Puede solicitar a su médico modifique su información de salud protegida. Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo, y podemos preparar una refutación que le proporcionaremos junto con una copia de la misma.

Derecho a recibir un informe de divulgaciones: Puede solicitar un registro de ciertas divulgaciones que hayamos realizado de su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo sobre cualquier cambio. Usted tiene derecho a objetar o retirar su consentimiento según lo dispuesto en este aviso.

QUEJAS: Puede presentar una queja ante nosotros o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja notificando a nuestro contacto de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Este aviso fue publicado y entra en vigor el 14 de abril de 2003.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proporcionar a los individuos este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número principal.

Firma a continuación solo como reconocimiento de que ha recibido este Aviso de Prácticas de Privacidad

NOMBRE EN LETRA MOLDE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA

FECHA



NAVIGATION
MEDICAL CENTER

Jaime E. Duarte MD FAAFP

Sonia P. Moncayo MD

3003 Navigation Blvd., Houston, TX 77003. Fax: 713-223-1571 Phone: 713-223-4466

www.navigationmedical.com

FORMULARIO DE POLÍTICA DE PAGO

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención primaria. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, hemos desarrollado esta política de pago. Por favor, léala detenidamente, háganos cualquier pregunta y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si la solicita.

SEGURO: Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si no está asegurado por un plan con el que trabajamos, se espera que usted haga el pago total en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que trabajamos pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, es posible que se requiera el pago total por cada visita hasta que se verifique la cobertura y se reciba el pago. Es su responsabilidad conocer sus beneficios de seguro. Comuníquese con su compañía de seguros para hacer cualquier pregunta. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su aseguradora; nosotros no somos parte de ese contrato.

COPAGOS Y DEDUCIBLES: Todos los copagos, co-insurance y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros y con nosotros. No cobrar los copagos, co-insurance o deducibles se considera fraude. Le pedimos su cooperación para cumplir con la ley.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Algunos o todos los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no considerarse médicamente necesarios según su seguro. Deberá pagar por estos servicios.

PRUEBA DE SEGURO: Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y su seguro válido. Si no nos proporciona la información correcta de su seguro a tiempo, puede ser responsable del saldo de la reclamación.

ENVÍO DE RECLAMACIONES: Enviaremos sus reclamaciones y le ayudaremos en la medida de lo posible para que sean pagadas. Su compañía de seguros puede solicitarle que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no.

CAMBIOS EN LA COBERTURA: Si su seguro cambia, notifíquenoslo lo antes posible para que podamos realizar los cambios apropiados y ayudarle a recibir el beneficio máximo. Si la reclamación no se paga en 45 días, el saldo se le facturará directamente.

FALTA DE PAGO: Si su cuenta está vencida por más de 90 días, recibirá una carta informándole que tiene 15 días para pagar su saldo en su totalidad. Si el saldo sigue sin pagarse, remitiremos su cuenta a una agencia de cobro y usted y su familia inmediata podrán ser dados de baja de nuestra práctica. Se le notificará por correo ordinario y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante este período, nuestros médicos solo podrán atenderlo en caso de emergencia.



NAVIGATION
MEDICAL CENTER

Jaime E. Duarte MD FAAFP

Sonia P. Moncayo MD

3003 Navigation Blvd., Houston, TX 77003. Fax: 713-223-1571 Phone: 713-223-4466

www.navigationmedical.com

CITAS PERDIDAS: Solicitamos a los pacientes que no cancelen o falten a sus citas. Sin embargo, claro está, hay situaciones en las que es necesario llamar para cancelarlas. Nuestra política permite cancelar sin penalización con al menos 24 horas de anticipación y contactando a un agente por teléfono. Dejar un mensaje en el buzón de voz no es válido a menos que se haga con al menos dos días hábiles de anticipación. El incumplimiento de esta política resultará en inconvenientes para usted, otros pacientes y nuestros médicos. Se aplicará un cargo de \$50.

He leído y comprendido la política de pago y acepto cumplir con sus lineamientos.

NOMBRE EN LETRA MOLDE

FECHA NACIMIENTO

FIRMA

FECHA

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO

Por la presente autorizo a Navigation Medical Center a cargar a mi tarjeta de débito/crédito por los servicios futuros que yo o mi dependiente recibamos y que no sean pagados o cubiertos por el seguro. Este cargo se basa en el monto permitido determinado por la tarifa programada del seguro. Esta autorización se aplica únicamente a servicios médicos y no podrá ser utilizada por otras entidades diferentes a Navigation Medical Center. Navigation Medical Center se compromete a no compartir la información de la tarjeta de crédito con terceros y a mantener esta información estrictamente confidencial. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se procese el último cargo.

NOMBRE EN LETRA MOLDE

FECHA NACIMIENTO

FIRMA

FECHA