



POLÍTICAS CLÍNICAS

Por favor, lea las siguientes políticas atentamente. Después de leer cada política, escriba la inicial donde se indica que entiende y que está de acuerdo con nuestras políticas.

CONFIDENCIALIDAD Toda la comunicación entre usted y la clínica se llevará a cabo con la más estricta confidencialidad y no se divulgará a menos que: (1) usted autorice la divulgación de información por medio de su firma; (2) presente un daño potencial para usted o para otros; (3) existe la sospecha de abuso o negligencia de un menor o anciano; o (4) la clínica está obligada a hacerlo por las leyes federales, estatales o locales. _____ (INICIAL)

EMERGENCIAS: En caso de emergencia, llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencias más cercana. Para emergencias después de horas, puede llamar a su médico residente por medio del operador Via Christi al 316-268-5000 o al intercambio médico 316-262-6262 por el Dr. Brumfield, el Dr. Schwasinger-Schmidt, el Dr. Salyers o el Dr. Tofteland. Para llamadas que no sean de emergencia, puede llamar a la oficina al 316-293-2622. Si es necesario, deje un mensaje. Su llamada telefónica será devuelta dentro de un día hábil. _____ (INICIAL)

SEGUROS, COPAGOS, DEDUCIBLES Y SALDOS: Acuda a su cita preparada para realizar un pago de copagos, deducibles, saldos y cargos no cubiertos por su compañía de seguros.

Por favor llámenos si su cobertura cambia entre citas. _____ (INICIAL)

CITAS: Por favor, llegue 15 minutos antes de su cita programada. Las llegadas 10 minutos después o más tarde de la cita programada pueden requerir que se re programe su cita. Por favor, llame a la clínica, al menos, 24 horas antes de su cita si necesita cancelarla o reprogramarla. Tres (3) citas perdidas dentro de los 12 meses, incluidas las cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación, pueden resultar en el rechazo de la práctica. _____ (INICIAL)

INCLEMENCIAS DEL TIEMPO: En caso de mal tiempo, por favor, póngase en contacto con la clínica antes de venir. **Una grabación le avisará si estamos cerrados.** Le llamaremos el siguiente día hábil para reprogramar su cita. _____ (INICIAL)

PRACTICANTES: UKSM-W es un centro de enseñanza, por lo tanto, los estudiantes de medicina o los médicos residentes pueden ser parte de su tratamiento, supervisados por su proveedor. _____ (INICIAL)

INVESTIGACIÓN: UKSM-W también trabaja con médicos que realizan una variedad de proyectos de investigación. Podemos analizar estos proyectos como alternativas viables o adiciones a su cuidado regular. Es posible que se le solicite participar en esta investigación, pero no tiene la obligación de hacerlo . _____ (INICIAL)

He leído, entiendo completamente y acepto la responsabilidad de cada punto que se manifestó anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PARTE RESPONSABLE

FECHA