

Family Care, Bryan
2900 E. 29th St.;
Bryan, TX 77802
PH: (979)776-8440

Behavioral Health
2900 E. 29th St.
Bryan, TX 77802
PH: (979)776-8440

Family Care, Navasota
1905 Dove Crossing Ln, Suite A
Navasota, TX 77868
PH: (936)825-0755

Psychiatry
8441 Riverside Pkwy
Bryan, TX 77807
PH: (979)774-8200

Telebehavioral Care
PH: (979)436-0700

Horas de oficina

Cuidado Familiar, Bryan

Lunes & Jueves
8AM – 7PM

Martes, Miércoles, Viernes
8AM – 5PM

Psiquiatría

Lunes-Viernes
8AM – 5PM

Salud del Comportamiento Bryan

Lunes & Jueves
8AM – 7PM

Martes, Miércoles, Viernes
8AM – 5PM

Salud del Comportamiento

Lunes-Viernes
8AM – 5PM

Cuidado Familiar, Navasota

Lunes & Jueves
8AM – 5PM

Viernes
8AM – 12PM

After Hour Care / Cuidado después: de la hora: siempre hay un médico de guardia. El médico hará todo lo posible para ayudarlo, pero es posible que se necesite un examen para brindar una mejor atención. Es posible que el médico deba pedirle que vaya a otro lugar, como una sala de emergencias, para que se pueda brindar atención inmediata.

Llegando a su cita:

Traiga a su cita todos los registros médicos anteriores y / o registros de vacunación, todos los medicamentos actuales dentro de sus frascos originales, tarjeta de seguro e identificación con foto.

El paciente debe llegar 10-15 minutos antes de su cita programada. Los nuevos pacientes deben llegar al menos 30 minutos antes de su cita programada para asegurarse de que toda la información del paciente nuevo esté completa antes de la hora programada de su cita.

Tratamiento de menores:

Los pacientes menores de 18 años deben estar con un padre o tutor legal O tener permiso por escrito para el tratamiento de un padre o tutor legal si están acompañados por otro adulto. Para citas en persona, un adulto debe permanecer con el menor en todo momento. Si el menor queda desatendido, el tratamiento no avanzará y la cita puede cancelarse.

Uso del teléfono celular:

Para brindar la mejor atención posible, no solicitamos el uso del teléfono celular durante las visitas de los pacientes. Es en interés de su seguridad que brinde toda su atención a su equipo de atención y sea un participante activo en su plan de tratamiento.

Recetas y recargas:

El mejor momento para obtener una receta médica es en su cita. Si necesita una recarga, comuníquese con su farmacia y espere 72 horas para el procesamiento. NO espere hasta que se haya quedado sin medicamento. Algunos medicamentos tienen efectos secundarios que deben observarse. Requerimos citas de chequeo cada 3-4 meses para estos medicamentos. Asegúrese de cumplir con estas citas de seguimiento. Algunas recetas NO PUEDEN ser llamadas entrante; Estas recetas deben escribirse para que



Family Care, Bryan
 2900 E. 29th St.;
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Behavioral Health
 2900 E. 29th St.
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Family Care, Navasota
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A
 Navasota, TX 77868
 PH: (936)825-0755

Psychiatry
 8441 Riverside Pkwy
 Bryan, TX 77807
 PH: (979)774-8200

Telebehavioral Care
 PH: (979)436-0700

las recoja y se procesarán dentro de las 72 horas. Se requiere que traiga una identificación con foto cada vez que retire estas recetas.

Sustancias controladas:

NO llamamos sustancias controladas después de horas. Nuestros médicos pueden recetar sustancias controladas, pero solo después de revisar sus registros. Los medicamentos se procesarán dentro de las 72 horas, si se recetan. Si requiere el uso crónico de sustancias controladas, nuestros médicos pueden derivarlo a un médico especial. También se le puede pedir que acepte un contrato de sustancias controladas / medicamentos para el dolor y / o que acepte someterse a exámenes de drogas en orina.

Despido de Texas A&M Health:

Si es despedido de nuestra práctica, ya no puede programar citas, obtener resurtidos de medicamentos ni recibir atención de ningún proveedor de Texas A&M Health. Por favor, comprenda que podemos despedirlo como paciente por cualquiera de las siguientes acciones:

- No venga a programar citas.
- No siga las instrucciones del proveedor para su plan de tratamiento.
- Utiliza incorrectamente sustancias controladas, incluidos los medicamentos para el TDAH.
- Usted o un miembro de su familia usa lenguaje inapropiado o abusivo con nuestros proveedores y / o personal O muestra un comportamiento violento o amenazante que pone en riesgo a nuestros proveedores, personal y / u otros pacientes y visitantes.

**Por favor firme y la fecha que ha leído y entendido nuestra política de oficina.
 Gracias**

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

la fecha

Firma del paciente o tutor legal

 Relación con el paciente

nombre del paciente: _____

fecha de nacimiento: _____

Family Care, Bryan
2900 E. 29th St.;
Bryan, TX 77802
PH: (979)776-8440

Behavioral Health
2900 E. 29th St.
Bryan, TX 77802
PH: (979)776-8440

Family Care, Navasota
1905 Dove Crossing Ln, Suite A
Navasota, TX 77868
PH: (936)825-0755

Psychiatry
8441 Riverside Pkwy
Bryan, TX 77807
PH: (979)774-8200

Telebehavioral Care
PH: (979)436-0700

Definición de una cita de "No presentación"

Texas A&M Health define una cita de "No presentación" como cualquier cita programada en la que el paciente:

- No llega a la cita
- Cancela con menos de 24 horas de anticipación.
- Llega más de 10 minutos tarde y, por lo tanto, no puede ser visto.

Impacto de un de una cita "No-Show" Las citas de "no presentación" tienen un impacto negativo significativo en nuestra práctica y la atención médica que brindamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente "no se presenta" una cita programada:

- Potencialmente pone en peligro la salud del paciente "no show"
- Es injusto (y frustrante) para otros pacientes que habrían ocupado el puesto de cita

Cómo evitar obtener un "No-Show"

1. Confirme su cita
2. Llegue 10-15 minutos antes.
3. Avisar con al menos 24 horas de anticipación para cancelar la cita

1. Confirmación de la cita: Texas A&M Health intentará comunicarse con usted 1-2 días antes de su cita programada para confirmar su visita. Asegúrese de confirmar su cita a través de esta llamada.

2. Llegue siempre de 10 a 15 minutos antes: cuando programe una visita al consultorio con nosotros, esperamos que llegue a nuestra práctica de 10 a 15 minutos antes de su visita programada. Esto le da tiempo a usted y a nuestro personal para abordar cualquier pregunta de seguro o facturación y documentación, si es necesario, antes de la visita programada.

3. Avise con 24 horas de anticipación si necesita cancelar: cuando necesite cancelar o reprogramar su visita, esperamos que se comunique con nuestra oficina a más tardar 24 horas antes de la visita programada. Esto nos permite una cantidad de tiempo razonable para determinar la forma más adecuada de reprogramar su atención, así como también nos da la oportunidad de volver a reservar el espacio de cita ahora vacante con otro paciente.

Consecuencias de los nombramientos "No-Show"

Si pierde 3 citas consecutivas O 4 en total dentro de un período de 12 meses, puede ser dado de baja de la clínica.

He leído y entiendo la Política de "No presentación" de la Clínica de Salud de Texas A&M como se describe anteriormente.

Firma del paciente o tutor legal

fecha



Family Care, Bryan
 2900 E. 29th St.;
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Behavioral Health
 2900 E. 29th St.
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Family Care, Navasota
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A
 Navasota, TX 77868
 PH: (936)825-0755

Psychiatry
 8441 Riverside Pkwy
 Bryan, TX 77807
 PH: (979)774-8200

Telebehavioral Care
 PH: (979)436-0700

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
 Nombre anterior, si corresponde: _____ Nombre preferido: _____
 Habla a: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ País: _____
 Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Celda: (_____) _____ - _____
 Trabajo: (_____) _____ - _____ Ext. _____
 Email: _____@_____.
 Fecha de nacimiento: // Sexo: Masculino Femenino Desconocido
 Número de seguridad social: - - ____
 Proveedor de referencia: _____ Farmacia preferida: _____
 Estado civil: Soltero Casado Pareja Divorciado Viudo Separado legalmente
 Idioma: _____
 Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico Blanco
 Otro
 Etnia: Hispano / Latino No Hispano / Latino

Si menor o estudiante:

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: //.
 Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: //.
 Nombre del tutor: _____ Fecha de nacimiento: //.
 Habla a: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ País: _____
 Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: - - ____
 Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Celda: (_____) _____ - _____
 Trabajo: (_____) _____ - _____ Ext. _____

Contacto de emergencia (no propio / padre):

Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección: _____ Código postal: _____
 Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Celda: (_____) _____ - _____



Family Care, Bryan
 2900 E. 29th St.;
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Behavioral Health
 2900 E. 29th St.
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Family Care, Navasota
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A
 Navasota, TX 77868
 PH: (936)825-0755

Psychiatry
 8441 Riverside Pkwy
 Bryan, TX 77807
 PH: (979)774-8200

Telebehavioral Care
 PH: (979)436-0700

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de privacidad del Texas A&M Health Science Center. Esta política explica cómo se usará y dará a conocer mi información médica. Puedo solicitar una copia de este documento sin costo alguno si lo solicito.

Copia solicitada por el paciente: Sí No

CONSENTIMIENTO PARA RECONCILIACIÓN DE RECETA

Yo, _____, dejaré que mi médico y / o su personal revisen mis facturas de mi farmacia para ver qué medicamentos he comprado.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA AL REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, _____, consiento que mi información sea divulgada a las siguientes personas. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo lo notifique por escrito.

- Horario de citas
- Facturación / información demográfica
- Información médica
- NO divulgue ninguna información, excepto a proveedores de atención médica

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación



Family Care, Bryan
 2900 E. 29th St.;
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Behavioral Health
 2900 E. 29th St.
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Family Care, Navasota
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A
 Navasota, TX 77868
 PH: (936)825-0755

Psychiatry
 8441 Riverside Pkwy
 Bryan, TX 77807
 PH: (979)774-8200

Telebehavioral Care
 PH: (979)436-0700

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA TELECOMUNICACIONES / CORREOS ELECTRÓNICOS

Autorizo a Texas A&M Health a enviar mensajes de texto y / o correos electrónicos con respecto a recordatorios de citas a mí / representantes en el número de teléfono celular y / o correo electrónico proporcionado. Al aceptar estos términos, acepto que todas las personas asociadas con mi cuenta pueden recibir alertas que hagan referencia al garante y / o dependientes de la cuenta. Pueden aplicarse cargos por mensajes de texto de mi proveedor de telefonía celular.

(_____) _____ - _____

Teléfono celular del paciente / tutor

_____ @ _____ . _____

Correo electrónico del paciente / tutor

(_____) _____ - _____

Teléfono celular del individuo autorizado

_____ @ _____ . _____

Correo electrónico del individuo autorizado

Relación individual autorizada

Mi firma a continuación indica que declaro y garantizo que soy la persona legalmente responsable del uso de las cuentas, que tengo al menos 18 años de edad y que estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto. Entiendo que esta autorización solo se puede revocar por escrito. Es importante saber que la comunicación de texto no siempre es segura. Los mensajes de texto pueden ser interceptados y, por este motivo, no comunicamos información personal de salud a través de este método.

 Nombre del paciente (en letra de imprenta)

 Fecha

 Firma del paciente o tutor legal Relación con el paciente



Family Care, Bryan
 2900 E. 29th St.;
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Behavioral Health
 2900 E. 29th St.
 Bryan, TX 77802
 PH: (979)776-8440

Family Care, Navasota
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A
 Navasota, TX 77868
 PH: (936)825-0755

Psychiatry
 8441 Riverside Pkwy
 Bryan, TX 77807
 PH: (979)774-8200

Telebehavioral Care
 PH: (979)436-0700

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUERDO FINANCIERO

Yo, _____, (si es menor, para _____) por la presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento médico, incluidos procedimientos de diagnóstico, servicios quirúrgicos y otros servicios médicos, proporcionados por Texas A&M Health o sus representantes autorizados, ya que pueden ser necesarios según su criterio profesional para demostrar que son apropiados. atención médica.

Todos los honorarios médicos se deben al momento de su cita, a menos que se hayan aprobado otros arreglos.

- Los servicios se prestan al paciente, no a la compañía de seguros. Nuestra oficina archivaré su seguro si se recibe la información adecuada.
- Usted es responsable de los copagos, deducibles, servicios no cubiertos, coseguros y artículos que su seguro considere "no médicamente necesarios".
- Para reclamos impagos de más de 45 días, es su responsabilidad hacer un seguimiento con su compañía de seguros y el saldo puede considerarse vencido y pagadero.
- Es su responsabilidad notificar a la oficina sobre cualquier cambio en su seguro o demografía.
- Usted será responsable de los cargos que ocurran si los cambios en su seguro actual no se comunican en el momento del servicio.
- Los gastos ocurridos para cobrar la deuda responsable del paciente pueden cargarse al paciente o al garante.
- Firmando,
- Autorizo a Texas A&M Health a enviar facturas a mi compañía de seguros por los servicios prestados por mis proveedores médicos.
- Autorizo la divulgación de información de la información médica necesaria del paciente para procesar reclamos asociados con la atención médica.
- Autorizo el pago a Texas A&M Health por los servicios prestados por ellos.
- He recibido y / o acepto los siguientes acuerdos y / o políticas:
- Aviso de privacidad
- Reconocimiento de política de no presentación
- Consentimiento para la reconciliación de recetas
- Consentimiento para divulgar información médica al representante personal
- Acuerdo de consentimiento para telecomunicaciones / correos electrónicos
- Consentimiento de tratamiento médico y acuerdo financiero

Firma del paciente o tutor legal

Relación con el paciente

Fecha _____



Family Care, Bryan
2900 E. 29th St.;
Bryan, TX 77802
PH: (979)776-8440

Behavioral Health
2900 E. 29th St.
Bryan, TX 77802
PH: (979)776-8440

Family Care, Navasota
1905 Dove Crossing Ln, Suite A
Navasota, TX 77868
PH: (936)825-0755

Psychiatry
8441 Riverside Pkwy
Bryan, TX 77807
PH: (979)774-8200

Telebehavioral Care
PH: (979)436-0700

Formulario de autorización de grabación de audio / video

Entiendo que la grabación de audio / video puede ocurrir durante mis visitas a la clínica con fines de supervisión y enseñanza:

Entiendo que los aprendices médicos y los aprendices de consejeros son supervisados por un psicólogo y / o médico con licencia durante todas las visitas clínicas grabadas en audio / video.

Entiendo que el personal médico y los aprendices médicos pueden ver mi cita a través del uso de grabaciones audiovisuales con el propósito de supervisión clínica y enseñanza.

Entiendo que las grabaciones de audio / video de mis visitas a la clínica se usan solo con el propósito de supervisión clínica y enseñanza.

Entiendo que los registros de audio / video de mis visitas a la clínica cumplirán con todas las regulaciones de HIPAA y se almacenarán en una computadora protegida con contraseña.

Entiendo que estas grabaciones no son parte de mi historial médico y se eliminarán anualmente el 30 de junio.

He leído (o escuchado a un miembro del personal leerme si no puede leer), entiendo y ACEPTO los procedimientos descritos para la grabación de audio / visual.

He leído (o he escuchado a un miembro del personal leerme si no puede leer), entiendo y NO ACEPTO los procedimientos descritos para la grabación de audio / visual

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Firma del paciente o tutor legal

Relación con el paciente