



# tandem health

## BIENVENIDO

Es un honor para nosotros que haya escogido Tandem Health como su proveedor de cuidado de la salud. Es nuestra responsabilidad brindarle el mejor cuidado posible a usted y su familia. Proporcionar atención primaria integral y servicios de especialidades para todas las edades es una prioridad para Tandem Health. Nuestros servicios incluyen Medicina Familiar, Pediatría, Atención Primaria a Adolescentes, Salud de la Mujer, Salud del Comportamiento, y Salud Dental.

Los pacientes son vistos mediante citas programadas, incluyendo citas para el mismo día, para atención intensiva o de rutina. Tandem Health proporciona servicios de atención primaria de calidad sin importar la capacidad de pago del paciente, y funciona como un recurso comunitario para eliminar desigualdades en salud.

**Para contactar a su proveedor médico de servicios durante horario de atención:** Si necesita asistencia durante el horario regular de atención, llame al número de teléfono abajo asociado a la sede de su proveedor de salud. Es posible que le pidan que deje un mensaje para la enfermera de su proveedor, pero le devolverán la llamada dentro de 24 horas.

**Para comunicarse con un proveedor antes o después del horario comercial:** Si está enfermo o necesita asistencia antes o después del horario comercial, llame al número de teléfono principal al 803-774-4500. Cuando se le solicite, elija el departamento apropiado de las opciones indicadas para comunicarse con el proveedor después del horario comercial, los fines de semana y días festivos.

**Adult Medicine/Behavioral  
Health/Immunology**

803.774.4500  
1278 N. Lafayette Drive  
Hours: Monday, Tuesday, Wednesday  
and Friday: 8:00 am – 5:00 pm  
Thursday: 8:00 am – 7:00 pm

**Family Medicine Pinewood**

803.774.4501  
25 E. Clark Street, Pinewood, SC  
Hours: Tuesday – Thursday:  
8:00 am – 5:00 pm;  
Closed Monday & Friday

**Pediatrics & Obstetrics & Gynecology**

803.774.7337 (Peds) &  
803.774.6448 (OB/GYN)  
370 South Pike West  
Hours: Peds - Monday, Tuesday,  
Wednesday and Friday:  
8:00 am – 5:00 pm  
Thursday: 8:00 am – 7:00 pm  
OB/GYN - Monday, Tuesday &  
Wednesday: 8:00 am – 5:00 pm;  
Thursday: 8:00 am – 7:00 pm;  
Friday: 8:00 am – 2:00 pm

**Dental**

803.774.3600  
12 Barnette Drive  
Hours: Monday - Thursday  
Thursday: 7:30 am - 5:30 pm;  
Closed Friday

**Family Medicine Sumter**

803.774.4500  
319 N. Main Street  
Hours: Monday - Friday:  
8:00 am – 5:00 pm

## **PREPÁRESE PARA SU VISITA**

Con el fin de hacer su primera visita mas efectiva, por favor notifique a su compañía de seguros médico con antelación sobre su cita y su nuevo proveedor de atención de salud primaria, *en caso de ser requerido por su plan de seguro médico.*

Asimismo, previo a su primera visita por favor complete la autorización de obtención de registros médicos, para así poder obtener los records de su doctor (o oficina) anterior, con el fin de que nuestro proveedor de salud tenga completa información sobre su salud previa a su cita.

Por favor llegue a tiempo a sus citas, para asi mantener el horario de su proveedor. Si usted llega tarde, su cita **PODRÍA** ser reprogramada para la siguiente cita disponible para Pacientes Nuevos.

Por favor llegue 15 minutos antes de su cita si ud ha completado los formularios de registro previo a su cita, para así darle tiempo suficiente a nuestro personal para registrarlo para su cita.

Si usted no pudo completar los formularios previamente, por favor llegue 30 minutos antes para que tenga suficiente tiempo para llenar los papeles antes de su cita programada. Usted puede traer los papeles a nuestra oficina antes de su cita programada o enviarlos por correo a nuestra oficina a la dirección abajo, con suficiente antelación.

Por favor llame a nuestra oficina si tiende cualquier duda o si desea reprogramar su cita. Si es posible, llame 24 horas previo a su cita si necesita reprogramarla, así podremos ofrecer la hora de su cita a alguien más que este esperando alguna cita.

## **MENORES**

Por favor asegurese de llenar el formulario de *Persona Designada para el Cuidado de la Salud* si usted es el madre/padre o representante legal de el menor de edad que esta siendo tratado en Tandem Health. Si otra persona aparte de madre/padre o representante legal trae al menor a una cita y su nombre no está listado en el formulario y/o no tiene una identificación con foto, puede que no podamos ver o tratar al menor.

### ***CUANDO LLEGUE A SU CITA, POR FAVOR TRAIGA CON USTED LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:***

1. **Todas su tarjetas de seguro médico:** El pago se espera a la hora de la visita. Si ud no puede realizar el pago, por favor contacte a la Oficina de Facturación con al menos 24 horas de antelación a su cita. Usted también puede hablar con el Representate de Cuentas de Pacientes cuando usted este en nuestras oficinas. Si hay algun cambio en la cobertura de su seguro médico, por favor avísenos lo antes posible. Existen plazos limite de tramitación de reclamos y acuerdos contractuales a los cuales nos debemos apegar. Si el reclamo no se presenta a la compañía de seguros correcta, podría resultar en que el paciente sea responsable por el balance para esa fecha de servicio en particular. Los reclamos se presentan a su compañía de seguros como una cortesía. Sin embargo, si nosotros tenemos contrato con su compañía de seguros presentaremos el reclamo como proveedores fuera de la red. Usted será responsable pagar el 100% de su visita al momento de su salida. Si su compañía de seguros indemniza los cargos de esa fecha de servicio, nosotros le remembolzaremos su pago. Estos lineamientos se han establecido para que cada paciente reciba el mejor cuidado de calidad posible. Es un honor que nos haya escogido como su consultorio de cuidado primario, y esperamos que sea una relación duradera y saludable.

**2. Identificación con foto: (licencia de conducir, carnet de estudiante, militar o pasaporte)**

3. Medicamentos: Por favor traiga todos los medicamentos (recetados y sin receta incluyendo vitaminas) a todas sus citas. Debemos comparar los recipientes de sus medicamentos con nuestros records para asegurarnos de que usted se está tomando los medicamentos recetados correctamente, y para revisar si necesita rellenar su receta. Si usted solicita que le rellenen su receta, por favor permítanos al menos 24 horas para procesar su solicitud.

4. Los formularios de registro deben ser completados con antelación, pero es posible que le soliciten ingresar la información de nuevo en nuestro sistema de registro mientras usted espera.

5. A todos nuestros pacientes se les solicita llenar el la aplicación para la Ayuda Financiera Escalonada o declarar su nivel de ingresos. Por favor traiga cualquier informacion relevante a su ingreso, incluyendo declaraciones de impuestos, pensión alimenticia, estampillas para alimentos, discapacidad, etc. (estos documentos deben ser renovados cada año o antes del 1ro de Abril). Esta información es confidencial y solamente es recolectada para fines informativos para el subsidio federal. Si tiene preguntas sobre esta información, llame al Representante de Cuentas de Pacientes al 803-774-4500.

6. Además de la información de sus ingresos, necesitamos recopilar la siguiente información: Trabaja en el campo/agricultura? Se considera ud como indigente? Es usted Veterano de los Estados Unidos de America? Cuál es su orientación sexual? Con cuál género se siente más identificado usted?

NOTA: "Sexo" se considera como el género anatómico (o género al nacer) que será usado para su cuidado de salud.

**EXÁMENES DE LABORATORIO:** Hacemos pruebas de laboratorio en nuestras oficinas, y dependiendo del laboratorio de preferencia de su aseguradora, sus pruebas de laboratorio serán enviadas a LabCorp o Prisma Health Tuomey Hospital. Por favor llene el formulario de pruebas de laboratorio adjunto para indicar el laboratorio de su preferencia.

Todos los resultados del laboratorio deberán ser revisados por el proveedor médico antes de ser enviados al paciente. Por favor conceda 2-3 días para que los exámenes de rutina estén disponibles. En caso de que sus resultados de laboratorio necesiten ser discutidos con el proveedor médico o con algún miembro del equipo clínico, nuestro equipo le contactará vía telefónica. Si el equipo clínico no puede ponerse en contacto con usted, le enviarán una carta por correo a la dirección en nuestro sistema.

## AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ (padre, guardián legal, persona designada o uno mismo= autorizo a la (s) persona (s) indicada (s) en la lista a continuación a actuar en conformidad con las Autorizaciones indicadas a favor de \_\_\_\_\_ (uno mismo, hijo(a) menor de edad o individuo designado). Favor tachar las casillas para asignarles autorizaciones específicas.\*

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	Autorizaciones
			<input type="checkbox"/> <b>Asuntos Médicos</b> (incluyendo recoger recetas, registros de vacunas y exámenes físicos, diagnosis, informacion de citas y consentimiento para ser atendido y/o traer para consultas) <input type="checkbox"/> <b>Recibir información del estado de cuenta</b>
			<input type="checkbox"/> <b>Asuntos Médicos</b> (incluyendo recoger recetas, registros de vacunas y exámenes físicos, diagnosis, informacion de citas y consentimiento para ser atendido y/o traer para consultas) <input type="checkbox"/> <b>Recibir información del estado de cuenta</b>
			<input type="checkbox"/> <b>Asuntos Médicos</b> (incluyendo recoger recetas, registros de vacunas y exámenes físicos, diagnosis, informacion de citas y consentimiento para ser atendido y/o traer para consultas) <input type="checkbox"/> <b>Recibir información del estado de cuenta</b>

\* Cualquier otro tipo de documento a ser recogido por alguien que no sea uno de los padres o o guardianes legales indicado (s) arriba tiene que traer autorización escrita por parte de uno de los padres o guardianes legales.

**Las citas de atención preventiva y de vacunas constituyen una oportunidad para tratar los asuntos de crecimiento y desarrollo del niño. Por lo tanto, un historial médico preciso y completo es de suma importancia. Los proveedores piden que uno de los padres o guardianes legales esté presente en estas citas. Sin embargo, si esto no es posible, la cita puede proceder con una de las personas autorizadas arriba presente.**

Entiendo que diagnosticar y aconsejar por teléfono no se proporcionará a las personas indicadas arriba a menos que tenga que ver directamente con la atención del paciente. Cuando una de las personas designadas arriba trae a un paciente para recibir atención médica en Tandem Health, su identidad será verificada mediante identificación con foto. Si el individuo que trae al paciente a su cita no cuenta con una identificación con foto y no aparece en la lista de personas designadas arriba, es posible que no atendamos al menor de edad y la cita deberá ser reprogramada.

¿Desea que le dejemos mensajes de voz en su contestadora o buzón de voz respecto a los resultados de análisis de laboratorio o rayos X? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Desea que verifiquemos información sobre sus citas a su trabajo o escuela?

Escuela: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Trabajo: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Entiendo que el personal de Tandem Health puede contactarme por correo o por teléfono (inclusive por contestadora, buzón de voz y mensaje de voz) Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Si fuese necesario practicarme algun analisis de laboratorio o trabajo de patología, prefiero que sean realizados por uno de los siguientes laboratorio,s si es posible:

LabCorp (el laboratorio en nuestras instalaciones) \_\_\_\_\_

Prisma Health Tuomey Hospital \_\_\_\_\_

Entiendo que soy responsable de asegurar que mi selección de laboratorio arriba concuerda con las indicaciones de mi aseguradora, si no, yo seré responsable de cualquier gasto incurrido. Tandem Health cobra a su aseguradora solamente análisis que son eximidos por CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (por ejemplo: pinchar el dedo, pruebas rápidas de la gripe y estreptococo, análisis de orina, etc). Los demás análisis y trabajos de patología se cargan al seguro médico del paciente por el laboratorio que los realiza. Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

Reconozco que recibí una copia del Aviso de las Normas de Privacidad Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

### **Derechos del Paciente**

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y que tengo el derecho de revisar o copiar la información de salud protegida a ser divulgada contemplada por esta autorización siempre y cuando lo haga por escrito a Tandem Health. Además, entiendo que dicha revocación no se puede aplicar a los casos de la información previamente divulgada; sólo se puede aplicar a casos futuros de divulgación.

Entiendo que la información utilizada o divulgada a consecuencia de esta autorización esta sujeta a ser divulgada por la persona que la recibe, y en dado caso es posible que no sea protegida por las leyes federales y estatales.

Entiendo que tengo el derecho de rehusar firmar esta autorización y que mi tratamiento no está a condición de mi firma. Esta autorización sigue en vigor hasta que sea revocada por el paciente.

Entiendo que al firmar este documento estoy consintiendo a ser tratado por Tandem Health.

Entiendo que al firmar este documento estoy autorizando a Tandem Health a obtener mi historial médico.

Ésta autorizacion será revisada y renovada cada año.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo SOLO si el paciente no puede firmar o firma con una X

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito de Paciente

\_\_\_\_\_  
Relacion de Representante Personal (Si esta firmada por un representante personal)

## **Consentimiento y Condiciones de Tratamiento**

En consideración del cuidado y tratamiento que serán proveídos al paciente, cuyo nombre aparece al pie de esta página, en Tandem Health. Yo/Nosotros, los abajo firmantes, doy consentimiento y acepto las siguientes condiciones:

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Yo/Nosotros voluntariamente doy mi consentimiento a recibir tratamiento de cuidado de salud y procedimientos diagnósticos provistos por Tandem Health y sus médicos asociados, clínicos y otro personal. Además, doy mi consentimiento a análisis para enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a sífilis, SIDA/VIH, hepatitis y análisis para medicamentos si tales análisis se consideren recomendables por el médico que me atiende. Estoy plenamente consciente de que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta y reconozco cabalmente que ninguna garantía se ha dado respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes.

---

Iniciales

### **USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Doy mi consentimiento a los usos y divulgaciones de la Información de Salud Protegida para propósitos de obtener pago por servicios recibidos, tratamiento y para operaciones del cuidado de salud consistente con el Aviso de las Normas de Privacidad de Tandem Health.

---

Iniciales

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y PAGOS**

Yo/nosotros garantizo el pago de todos los cargos efectuados a mi cuenta. A menos que mi cuenta sea pagada en su totalidad al darme de alta, yo asigno al médico y a Tandem Health a: 1) Mis derechos a todos y cada uno de los beneficios provistos por ó contemplados en mi póliza de seguro médico; 2) Los ingresos por todos los reclamos derivados de ó en relación a la responsabilidad de los pagos efectuados por un tercero ó por cualquier persona, empleador o aseguradora en nombre del tercero para/por el paciente.

3) Entiendo que soy responsable por cualquier cargo no cubierto por el seguro médico u otras formas de beneficios. Entiendo que Tandem Health puede obtener mi reporte crediticio con fines de revisión y recolección de mi deuda.

---

Iniciales

**Para los beneficiarios de Medicare:** He proporcionado toda la información necesaria para la asignación apropiada de los beneficios de Medicare.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo SOLO si el paciente no puede firmar o firma con una X

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito de Paciente

\_\_\_\_\_  
Relacion de Representante Personal (Si esta firmada por un representante personal)

<b>Revisión del año subsecuente para re-aprobarse. Cada dos años se debe tramitar una solicitud nueva</b>	
_____ <b>Padre/Madre/Guardián Legal/Uno Mismo (letra impresa)</b>	_____ <b>Relación con el paciente</b>
_____ <b>Padre/Madre/Guardián Legal/Uno Mismo (letra impresa)</b>	_____ <b>Fecha</b>
_____ <b>Testigo Tandem Health</b>	

