Affiliates of Family Medicine

EXAMEN PREVENTIVO Y LABORATORIOS DE DIAGNÓSTICO

Estoy consciente que los análisis de sangre que se realizará hoy son análisis que yo mande pedir o son recomendados por mi médico. Yo entiendo que Affiliates Of Family Medicine verifica la cobertura de mi visita al consultorio, pero no puede verificar la cobertura de los laboratorios. Si mi seguro médico niega pagar por dichos análisis, entiendo que yo seré responsable por los costos. Si llego a recibir una factura del laboratorio, tendré que contactar a mi seguro medico y laboratorio para arreglar un pago o hacer las preguntas adecuadas.

Firma del Paciente/Guardian: X_____

¿QUÉ ES UN EXAMEN PREVENTIVO?

También llamado un "Físico", "Examen de Bienestar" or "Examen Anual":

Un examen preventivo es una evaluación médica programada de un individuo que se centra en la atención preventiva. Incluirá un historial específico de edad y género, un examen, una revisión de los factores de riesgo y la solicitud de inmunizaciones apropiadas, pruebas de laboratorio o procedimientos de diagnóstico.

Que significa esto?

Un examen preventivo, es un examen periodico que cubre toda prevención y mantenimiento de salud relacionadas con la edad, género, y los antecedentes familiares. Un examen preventivo **NO** una visita de seguimiento o una visita basada en un problema. No se puede esperar que un examen preventivo aborde todo lo que le ha estado molestando desde su último examen médico.

Puede ser necesario un segundo servicio:

Según el juicio del proveedor, un problema nuevo o el seguimiento de enfermedades crónicas puede abordarse como un **segundo servicio** durante la visita o el proveedor le pedirá que haga otra cita. Ejemplos de enfermedades crónicas son, diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiacas, enfisema, dolor crónico, gota, etc…

Notas:

Si se completa una visita de seguimiento, se habla de alguna enfermedad crónica, o se habla de un problema nuevo durante su visita preventiva, también se le cobrará una consulta con su examen anual. Usted será requerido pagar su copago o pague hacia su deducible, así lo indique su póliza de seguro. Por favor consulte con su aseguradora o departamento de recursos humanos para comprender los beneficios y requisitos de su cobertura de seguro médico.

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente/Guardian: X_____

Relación del Guardián con el Paciente: _____