



## **Bienvenido al Centro Wright para la Salud de la Comunidad (TWCCCH)**

Datos breves sobre su hogar médico centrado en el paciente

Somos un hogar médico centrado en el paciente acreditado y colaboraremos con usted para asegurarnos de que se cumplan todas sus necesidades médicas. Nuestro objetivo es estar aquí para usted, enfocarse en sus necesidades específicas de atención médica y brindar atención compasiva y culturalmente sensible.

Creemos en el cuidado preventivo de nuestros pacientes. Las asociaciones de colaboración nos permiten brindar a nuestros pacientes servicios tales **como atención dental, asesoría nutricional, servicios de salud del comportamiento que incluyen drogas y alcohol, radiografías móviles, pruebas de cardiología, abandono del tabaco y problemas de salud de la mujer** . Como resultado, evaluamos a todos nuestros pacientes para determinar la dependencia del alcohol, la depresión, el consumo de tabaco y la obesidad. Solicite más información a su proveedor durante su visita. Los pacientes pueden recibir llamadas de vez en cuando para alentar las recomendaciones de cuidado preventivo establecidas por las pautas médicas nacionales.

### **Programación de una cita o ponerse en contacto con un proveedor fuera de horario:\*\***

Nuestro objetivo es facilitar el acceso a la atención médica. Las citas para el mismo día están disponibles cuando nuestros pacientes están enfermos. Utilizamos un**Centro de llamadas** para asegurarnos de que siempre pueda comunicarse con nosotros durante las horas pico y después de ella. **Si llama después del horario de atención y necesita asesoramiento clínico, puede comunicarse con el proveedor de guardia llamando al número que se usa para comunicarse con la oficina que visita.** Podemos ofrecer ayuda con el idioma a cualquier persona con discapacidad auditiva o que no hable inglés como su idioma principal y / o que tenga una capacidad limitada para leer, escribir, hablar o entender inglés. Nuestros números de teléfono y horarios convenientes se enumeran a continuación:

- **5 South Washington Avenue, Jermyn • (570) 230-0019** Lunes - Viernes 7am - 8 pm; Sábado de 8 am - 6 pm; Domingo 8 am - 4 pm. Para su comodidad, **nuestra clínica de Jermyn está abierta los 365 días del año. Horario de vacaciones: 8 am - 4pm**
- **1145 Northern Boulevard, South Abington Township • (570) 585-1300**  
Lunes - Viernes 7 am – 6 pm.
- **640 Madison Avenue, Scranton** (Enfermedad infecciosa Ryan White) • **(570) 961-5670**  
Lunes a viernes de 8:30 am – 5 pm
- **326 Adams Avenue, Scranton** (nivel inferior de Scranton Counseling Center) • **(570) 591-5250**  
Lunes a viernes de 1 pm - 5 pm
- **1401 Fellows Street, Scranton** (conectado a la Escuela Intermedia West Scranton)

- **(570) 591-5280** Lunes y miércoles 8 am – 6 pm; Martes, jueves y viernes de 8 am - 4:30 pm. **Abierto a estudiantes y miembros de la comunidad.** También brindamos atención a los estudiantes en las escuelas intermedias de Northeast Scranton y South Intermediate. Llame al (570) 591-5280 para obtener más información sobre cómo recibir servicios.
- **335 South Franklin Street, Wilkes-Barre** (dentro del edificio de la clínica para pacientes ambulatorios del Children's Service Center ) • **(570) 591-5283** Lunes - Viernes 8:30 am - 5 pm
- **250 Old River Road , Wilkes-Barre** (junto a la farmacia de Harrold) • **(570) 826-5038** Lunes, miércoles y viernes de 8:30 am – 5pm; Martes y jueves de 7:30 am - 4 pm

**\*\* Si tiene una emergencia médica, siempre llame al 911 inmediatamente y/o busque atención en la sala de emergencias más cercana. \*\***

### **Recordatorios de citas:**

Vea a un miembro del equipo en nuestra recepción para inscribirse para recibir recordatorios / notificaciones sobre sus próximas visitas programadas.

Somos un **Centro Docente de Salud**. Durante su cita, nuestros asistentes médicos tomarán sus signos vitales y podrán ser atendidos por un médico residente y luego por su médico clínico. Un médico residente tiene un título médico y trabaja bajo la supervisión de un médico tratante. Su interacción con el residente ayudará a desarrollarlos para convertirse en los mejores médicos posibles. **Tendrá un impacto en la atención médica de hoy y en el futuro de la medicina.**

Es posible que se le solicite participar en una **encuesta de satisfacción del paciente** a través del Centro Wright o uno de nuestros socios. Siempre buscamos mejorar nuestros servicios y preparar mejor a nuestros residentes para que se conviertan en excelentes médicos. **Por favor, participe en las encuestas cuando se le solicite hacerlo. Su opinión es muy importante.**

### **Para prepararse para su primera cita:**

Traiga sus registros médicos anteriores, incluidas las vacunas, todos los medicamentos / suplementos; tarjeta de seguro actual; identificación válida con foto; copago (si corresponde) y el formulario de registro de paciente completado. En este paquete se incluye una Autorización para divulgar registros médicos, que puede compartirse con cualquier proveedor anterior o actual. Recibirá una **Agenda del Paciente** para su próxima visita. Por favor haga una lista de preguntas y preocupaciones que le gustaría discutir en su cita. Es importante que nos informe sobre cualquier tema específico que quiera cubrir durante su visita.

*Si no se le ha llamado a la sala de examen dentro de los 15 minutos posteriores al registro, notifique al personal de recepción que puede informarle sobre el estado de su cita.*

### **Información de seguros y copagos:**

Por favor traiga su tarjeta de seguro y una forma de identificación válida a cada cita. **Si su seguro tiene un copago, debe hacerlo al momento de su cita programada.** Si tiene un seguro que requiere que elija un médico de atención primaria, es importante que se comunique con ellos antes de su cita. Esto debería permitir que su cobertura esté vigente al momento de su visita.

**Información del contacto:**

Es importante que proporcione al menos Un número de teléfono de trabajo. Si no tenemos un número de contacto correcto en el archivo, se demorará o prohibirá una respuesta oportuna de nuestra parte. En el registro, puede proporcionar varias líneas telefónicas si lo desea. **Si su número de teléfono o dirección ha cambiado desde su última visita, notifiquenoslo para que podamos actualizar esta información.**

**Política tardía:**

Por favor llame y notifiquenos si va a llegar tarde. Esto permitirá que nuestro personal realice las adaptaciones adecuadas para que lo vean lo más rápido posible cuando llegue. Si no notifica a la oficina una llegada tardía, no podemos garantizarle que el proveedor con el que fue programado lo atenderá. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, se le dará la opción de esperar otra hora de cita ese día o reprogramarla para una cita futura.

**Salida / citas de seguimiento:**

Es mejor hacer citas de seguimiento antes de salir de la oficina. Para obtener el mejor resultado de salud posible, consulte a su médico con regularidad y siga participando activamente en su plan de atención entre las visitas. Haga su parte administrando la dieta y el ejercicio, tomando los medicamentos según las instrucciones y participando en exámenes preventivos de salud.

**Cancelando una cita:**

Por favor avise con 24 horas de anticipación al cancelar una cita. Sabemos que esto no siempre es posible y le pedimos que llame de inmediato para reprogramar si no puede hacerlo. Ofrecemos recordatorios / notificaciones de citas útiles. Pregunte a un miembro del equipo en nuestra recepción acerca de suscribirse a este servicio gratuito.

**No mostrar la política:**

Por favor, haga todo lo posible para mantener su cita programada; Ese tiempo ha sido reservado para ti. Si no se presenta y no llama para cancelar, nos impide ver a otros pacientes. Si un paciente muestra un patrón de citas perdidas sin previo aviso, se tratará de forma individual.

**Referencias y pruebas:**

Para referencias y pruebas, conceda un mínimo de una semana para procesar los arreglos. Por lo general, el servicio al que lo están remitiendo lo contactará con su próxima cita disponible. Si necesita pruebas que requieran una programación, su médico enviará una orden a nuestro departamento de programación. En algunos casos, una autorización previa o precertificación tendrá que ser aprobada. Después de la aprobación, una persona de nuestro departamento de programación enviará el pedido a la instalación. Recibirá una llamada telefónica de la instalación y lo contactaremos con una cita. Si no recibe una llamada telefónica en una semana, comuníquese con nuestro departamento central de referencias y programación al (570) 230-0019 para verificar el estado de la referencia. Algunas instalaciones no comparten información con los proveedores. Solicite un formulario para "optar por" para que sus registros se compartan entre los proveedores de atención médica.

**Necesidades de emergencia:**

Si recibe tratamiento de cualquier otro médico fuera de The Wright Center, asegúrese de informarnos. Nos ayuda a atenderlo mejor cuando tenemos estos registros antes de su visita.

### **Necesidades no de emergencia:**

Las llamadas fuera de horario o los fines de semana / días festivos se dirigirán a nuestro servicio de atención las 24 horas y su mensaje se transmitirá al proveedor médico de guardia.

### **Acceso en línea a través de nuestro Portal seguro para pacientes:**

Para problemas **no urgentes**, inicie sesión en nuestro portal seguro para pacientes y acceda a sus registros médicos, solicite resurtidos de recetas, envíe una nota a su proveedor, vea los resultados de laboratorio, haga una cita, verifique las próximas citas, obtenga estados de cuenta y pague los saldos de las cuentas con crédito / Tarjeta de débito a su propia conveniencia. Todos los pacientes tienen acceso a este servicio gratuito y el personal de la recepción puede comenzar con un código de activación único. Visitar [www.thewrightcenter.org](http://www.thewrightcenter.org), haga clic en la flecha hacia abajo en la esquina superior izquierda para acceder de forma segura al portal y haga clic en **Inicio de sesión en el Portal del paciente**. Elija **Activar cuenta** y siga las instrucciones. *Usted será capaz de hacer cambios a su información personal una vez que haya activado su cuenta en el portal.*

Sea lo más completo posible al completar su información personal e historial médico. Nos ahorrará tiempo el día de su cita y nos ayudará a brindarle la mejor atención médica posible. Si tiene alguna pregunta, no dude en enviarnos un correo electrónico a [portalsupport@thewrightcenter.org](mailto:portalsupport@thewrightcenter.org).

### **Solicitudes de registro médico:**

Si utiliza nuestro portal seguro para pacientes, puede acceder a la información rápidamente en su computadora o llamar al

(570) 230-0019 para solicitar una copia de sus registros médicos. Hay una pequeña tarifa de procesamiento para una copia de sus registros médicos.

### **Recargas de recetas:**

Por favor, **póngase en contacto con su farmacia para solicitar una recarga electrónica o para comprobar el estado de una solicitud de recarga**. Las solicitudes de resurtido de medicamentos no controlados se completan dentro de las 24 horas. También se pueden solicitar resurtidos de recetas durante las visitas programadas a la oficina. Algunos medicamentos no se recetarán sin una cita. Es su responsabilidad planificar con anticipación cualquier reabastecimiento de recetas. Le recomendamos que utilice el Portal del paciente para solicitar resurtidos cuando le resulte conveniente si su farmacia está cerrada.

### **Política de foto / filmación:**

Con el fin de proteger la privacidad y seguridad de nuestro personal y pacientes, no se permiten fotografías, grabaciones de video o el uso de cualquier otra tecnología capaz de capturar una imagen, incluidas, entre otras, SnapChat, Skype o FaceTime, en las clínicas. Se debe dar un consentimiento informado para obtener cualquier imagen en cualquier centro clínico operado por TWCCCH.

### **Servicios de laboratorio:**

Para su comodidad, los servicios de laboratorio están disponibles en o cerca de todas nuestras clínicas. Los pacientes siempre pueden seleccionar un laboratorio de su elección.

**Resultados de laboratorio:**

Recibirá una llamada telefónica sobre todos los resultados de pruebas de laboratorio y diagnóstico. Llame a nuestra oficina si no ha recibido la comunicación después de una semana y siempre notifique a nuestra oficina si su número de teléfono o información de contacto ha cambiado.

**Intercambios de información de salud:**

Le recomendamos que traiga copias de las visitas al consultorio con otros proveedores o que envíe los registros por fax a nuestra oficina para ayudarnos a coordinar mejor la atención que recibe de todos sus proveedores y especialistas. Si usted es un paciente de Geisinger , también puede solicitar un formulario que le permita “inscribirse” para que sus registros se compartan con nuestros proveedores de atención médica.

El Centro Wright participa en **Keystone Health Information Exchange® (KeyHIE)** para coordinar entre proveedores, planes de salud y pacientes en Pennsylvania.No hay ningún costo por participar en este programa y lo alentamos a participar.

El Centro Wright también es miembro de la **Organización de Cuidado Responsable de Keystone (ACO)**, una organización orientada a nuestros pacientes de Medicare. Keystone ACO es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que trabajan juntos para garantizar que tengan la información más actualizada sobre su atención médica y servicios. Además, la ACO puede brindarle a su médico un mayor acceso a la experiencia, el personal y la tecnología necesarios para asegurarse de que su atención esté coordinada en todos los lugares donde recibe servicios. Si eres elegible, te animamos a participar.

**¿Cómo nos ha ido hoy?** Si cumplimos o superamos sus expectativas, no nos guarde en secreto. Las referencias son los mejores cumplidos que podemos recibir de nuestros pacientes actuales. **Si no hemos cumplido con sus expectativas o puede identificar un área en la que podamos mejorar, háganoslo saber.** Antes de salir de la oficina hoy, pídale a un miembro del equipo de recepción que hable con un supervisor o gerente de práctica que se reunirá con usted para asegurarse de que entendemos completamente el problema.

Estamos comprometidos a proporcionar servicios de red de seguridad no discriminatorios para pacientes en las comunidades a las que servimos.

**Gracias por elegir The Wright Center for Community Health.**

## Agenda del paciente

Complete este formulario y hable con su proveedor durante su próxima visita. Por favor use una agenda para cada paciente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Las razones y expectativas que tengo para la visita de hoy: \_\_\_\_\_

1. Describiría mi riesgo general de salud como: (marque uno)

Riesgo bajo                       Riesgo leve                       Riesgo moderado                       Alto riesgo

2. He tenido lo siguiente desde mi última cita: (marque todas las que correspondan)

Hospitalización                       Análisis sanguíneo  
 Visita a la sala de emergencias                       Cambios de medicación  
 Visita de atención urgente                       Evento significativo de salud  
 Visita de especialista                       Cambio significativo en mi historia familiar o social.  
 Rayos X                      Otro: \_\_\_\_\_

3. Otras cuestiones que quiero discutir durante mi visita de hoy: (marque todas las que correspondan)

Recambios de recetas                       Formas  
 Referencias                       Nota para el trabajo / escuela  
 Vacunas                       Control de peso  
 Mamograma                       Nutrición  
 Colonoscopia                       Educacion diabetica  
 Revisión de pruebas de laboratorio recientes                       Abuso verbal y / o físico  
 Examen físico                       Estrés relacionado con:

Salud mental / comportamiento:  Cuidados: hijos , cónyuges, padres, amigos  Depresión / ansiedad  Trabajo  
 Abuso de sustancias                       Relaciones  
 La seguridad                     

***Pídanos más información sobre nuestro Portal seguro para pacientes, donde puede iniciar sesión de forma segura, solicitar resurtidos de recetas, enviar un mensaje a su proveedor, programar citas y más. Como recordatorio, y para proteger su privacidad, no nos comunicaremos con los pacientes electrónicamente fuera de nuestro Portal del paciente.***

### Notas de mi visita:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Instrucciones de medicación:**

---

---

---

**Que hacer:**

---

---

---

**Objetivos de salud:**

---

---

---

## Asignación de Beneficios

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo a mi (s) proveedor (es) de seguro (s), incluido Medicare, seguro privado y cualquier otro plan médico / de salud, a emitir un cheque directamente al Centro de Wright para la Salud de la Comunidad. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro.

Por este medio autorizo a The Wright Center for Community Health a:

1. Divulgar mi información necesaria a los proveedores de seguro con respecto a mi enfermedad y tratamientos.
2. Procesar las reclamaciones de seguros generadas en el curso del examen o tratamiento.
3. Permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar las reclamaciones de seguros durante el período de vigencia.

Esta orden es efectiva hasta que yo la revoque por escrito. He solicitado el formulario de servicios médicos The Wright Center for Community Health en mi nombre o el de mis dependientes, y entiendo que al hacer esta solicitud, me hago totalmente responsable financieramente de todas y cada una de los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado. Además, entiendo que las tarifas se deben y deben pagarse en la fecha en que se prestan los servicios y estoy de acuerdo en pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación del estado de cuenta.

Una fotocopia de esta asignación debe considerarse tan válida como la original.

Paciente / parte responsable (escriba el nombre en letra de molde):

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Política de privacidad de información de atención médica** Comuníquese con TWCCCH al (570) 591-5139 si tiene alguna pregunta.

El gobierno federal de los EE. UU. Ha establecido reglas que deben cumplir los proveedores de atención médica y otros específicos. El Centro de Wright para la salud comunitaria es un proveedor de atención médica y sigue estas reglas para garantizar la confidencialidad de su información de atención médica. Fuente: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/>

Estas reglas, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), protegen la información relacionada con la salud identificable de las personas al restringir lo que se puede hacer con ella. Sus restricciones se aplican a quienes recopilan, retienen o almacenan su información confidencial de atención médica.



Las reglas de privacidad proporcionan protecciones federales para la información de salud personal y le otorgan a usted, como paciente, derechos de protección sobre su información. Las reglas permiten, con su autorización, la divulgación de información de salud personal, que es necesaria para su atención, para el reembolso de su atención y algunos otros propósitos importantes, pero específicos.

Con su autorización, los proveedores de atención médica pueden compartir libremente información con fines de tratamiento.

Un proveedor de atención médica debe obtener su autorización por escrito para cualquier uso o divulgación específica de su información de salud personal que no sea para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o como se indica anteriormente.

Un proveedor de atención médica siempre puede usar o divulgar con fines de investigación información de salud que haya sido deidentificada.

He leído y entiendo la información anterior y me han entregado una copia de este documento firmado. El original se guardará con mi información de atención médica.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: (en letra de molde)

\_\_\_\_\_

Firma del paciente / tutor:

\_\_\_\_\_

### **Acuerdo de responsabilidad financiera (1/2)**

**El Centro Wright para la Salud de la Comunidad (TWCCCH)** , 111 North Washington Avenue, Scranton, PA 18503

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**El Centro Wright para la Salud de la Comunidad** aprecia la confianza que ha demostrado al elegirnos como su proveedor de atención primaria. Los servicios que han sido / pueden ser elegidos requieren un compromiso financiero de su parte. Su firma a continuación forma un acuerdo vinculante entre **TWCCCH** (el proveedor de servicios de atención médica) y usted, como el **Paciente** o la **Parte Responsable**. El paciente que recibe servicios de atención médica es financieramente responsable de pagar todas las facturas, copagos, deducibles y saldos de atención médica por servicios no cubiertos. Si el paciente es menor de edad (los pacientes menores de 18 años), la parte **responsable** es el adulto que es financieramente responsable del pago.

El **Paciente** o **Parte Responsable** debe:

- Informar a **TWCCCH** la dirección actual y el número de teléfono del paciente / parte responsable.
- Presentar todas las tarjetas de seguro actuales al momento del check-in para cada oficina.
- Verificar en cada visita que la información en el archivo es actual.

- Pagar cualquier copago requerido **al momento de la visita**.
- Pagar cualquier monto adicional adeudado, incluidos el **deducible y el coseguro** , dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta de nuestra oficina.

Aceptamos efectivo, cheques personales y todas las principales tarjetas de crédito como formas de pago.

### **Seguro médico:**

Tenemos contratos con varias compañías de seguros, incluido Medicare, y los facturaremos como un servicio para usted. Es su responsabilidad conocer los límites y la cobertura de su póliza de seguro de salud en particular y proporcionarnos su (s) tarjeta (s) de seguro **actual** (s) al momento del registro en cada visita. Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que sus reclamaciones sean pagadas. Dependiendo de su plan, puede ser responsable de pagar cualquier saldo adeudado. Es posible que su compañía de seguros también necesite que usted proporcione cierta información antes de actuar en su reclamo, y es su responsabilidad cumplir con esa solicitud. Si no lo hace, y la compañía de seguros no paga la reclamación, usted será responsable por el monto total adeudado.

Si su compañía de seguros le paga directamente, usted es responsable de pagar a **The Wright Center for Community Health** de acuerdo con su plan.

### **Habilidad para pagar:**

Si cree que no puede pagar los servicios de atención médica, puede reunirse con nuestro Asesor Financiero y proporcionar información sobre su capacidad de pago. Él / ella trabajará con usted para determinar si usted es elegible para un plan de pago, servicios con descuento o un programa de descuento de tarifa móvil (que se basa en las Pautas Federales de Pobreza para el tamaño de la familia y los ingresos).

## **Acuerdo de Responsabilidad Financiera (2/2)**

### **Auto pago:**

Si no tiene seguro y, de lo contrario, no es elegible para los servicios con descuento en función de la capacidad de pago, tendrá derecho a un descuento por "pronto pago" si paga cualquier saldo adeudado en su totalidad dentro de los diez días posteriores a la fecha del servicio. También ofrecemos un plan de pago para aquellos pacientes que califican.

### **Cheques devueltos:**

Un cheque devuelto resultará en un cargo por servicio mínimo de \$ 25, además de los cargos que su institución financiera pueda cobrarle. En el caso de un cheque devuelto, **el Centro Wright para la Salud Comunitaria (TWCCCH)** puede requerir que todos los pagos futuros se realicen en efectivo o con tarjeta de crédito.

### **Falta de pago:**

Cualquier saldo adeudado y adeudado después de 120 días (a menos que se haya acordado un plan de pago por adelantado) está sujeto a los procedimientos de cobro. En caso de que los procedimientos de cobro u otra acción legal se vuelvan necesarios para cobrar una factura vencida, el Paciente / Parte Responsable entiende que **TWCCCH** tiene el derecho de divulgar a una agencia de cobro externa toda la información personal y de cuenta relevante necesaria para cobrar el pago por los servicios prestados. Al firmar a continuación, acepta aceptar la responsabilidad financiera total como paciente que recibe servicios de atención médica o como parte

responsable de un paciente menor de edad. Su firma verifica que usted ha leído la declaración de divulgación anterior, comprende sus responsabilidades y está de acuerdo con estos términos.

**Reconozco que he leído y entiendo la declaración anterior con respecto a mi responsabilidad financiera a TWCCCH y acepto pagarle a TWCCCH el monto total de las facturas recibidas.**

**Notificaré inmediatamente a TWCCCH sobre cualquier cambio en la cobertura del seguro relevante para los servicios para pacientes. Si no notifico a TWCCCH sobre los cambios o la finalización de la cobertura del seguro, es posible que sea responsable de los cargos acumulados.**

---

Nombre del paciente / parte responsable	Relación con el paciente
---	--------------------------

---

Firma                      Fecha

**Divulgación de registros médicos:**

Autorizo a **TWCCCH** a divulgar los registros pertinentes a mi compañía de seguros con el fin de garantizar el pago por los servicios prestados.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Asignación de Beneficios:**

Por la presente autorizo a mi aseguradora a pagar todos los beneficios por los servicios prestados al Paciente directamente a **TWCCCH**.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_