



## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

### Información del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

### Información de Contacto

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Es un número móvil?  Sí  No

¿Autoriza a Nuvia Health a enviar mensajes de texto con respecto a citas, resultados y comunicaciones de salud?

Sí  No

*Pueden aplicarse tarifas de mensaje y datos. Puede optar por no participar notificando a la oficina.*

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Autoriza recibir comunicaciones no urgentes de Nuvia Health en este correo?

Sí  No

### Género e Identidad

Sexo Asignado al Nacer:

Femenino  Masculino  Prefiero no responder

Pronombres (opcional): \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_



## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

### Seguro — Principal

Nombre de la Aseguradora	Número de Grupo
Número de ID	Relación con el Asegurado
Nombre del Asegurado (si no es usted)	Fecha de Nacimiento del Asegurado

Dirección del Asegurado (si no es usted): \_\_\_\_\_

### Seguro — Secundario (si aplica)

Nombre de la Aseguradora	Número de Grupo
Número de ID	Relación con el Asegurado

### Farmacia

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la Farmacia: \_\_\_\_\_

¿Autoriza a Nuvia Health a enviar recetas electrónicamente?

Sí  No

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

*Esta persona solo será contactada en caso de una emergencia y no está autorizada para recibir información médica a menos que sea permitido por la ley.*

### Reconocimiento y Firma

*Al firmar, reconozco la exactitud de la información proporcionada arriba.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



NUVIA  
HEALTH

# HISTORIAL DE SALUD

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

Liste todas las alergias (medicamentos, alimentos, ambientales):

---

## HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR Y PERSONAL

Condición	Ud.	Mamá	Papá	Hna.	Hno.	Abla.	Ablo.
Abuso Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (Tipo:___)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes — Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes — Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo/GERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera Péptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS

Hospitalización / Cirugía	Razón	Año
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



NUVIA  
HEALTH

# HISTORIAL DE SALUD

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

## MEDICAMENTOS ACTUALES

*Incluya recetas, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.*

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Duración
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## DETECCIONES DE SALUD

Detección	Fecha	Detección	Fecha
Examen Físico Rutina	_____	Examen Oftalmológico	_____
Sangre Oculta Heces	_____	EKG	_____
Prueba de Esfuerzo	_____	Sigmoidoscopia	_____
Colonoscopia	_____	Densidad Ósea	_____
Tétanos	_____	Neumonía	_____
Prueba de TB	_____	Mamografía	_____
Papanicolaou	_____		

## HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

¿Usa alguna forma de tabaco?  Sí  No  
 Tipo/cantidad: \_\_\_\_\_

¿Consumo bebidas alcohólicas?  Sí  No  
 Tipo/cantidad: \_\_\_\_\_

¿Usa drogas recreativas?  Sí  No  
 Detalles: \_\_\_\_\_

¿Es sexualmente activo(a)?  Sí  No

¿Hace ejercicio regularmente?  Sí  No  
 Tipo/frec: \_\_\_\_\_

¿Sigue alguna dieta especial?  Sí  No  
 Describa: \_\_\_\_\_

## SOLO PARA PACIENTES FEMENINAS

Edad Primera Menstruación: \_\_\_\_\_ Menstruación Regular:  Sí  No

Última Menstruación: \_\_\_\_\_ Última Mamografía: \_\_\_\_\_

Último Papanicolaou: \_\_\_\_\_ OB/GYN: \_\_\_\_\_

# Embarazos: \_\_\_\_\_ Nacimientos Vivos: \_\_\_\_\_

Anticonceptivo: \_\_\_\_\_ ¿Embarazada?  Sí  No

## CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico que la información anterior es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

---

## Consentimiento del Paciente

---

Por este medio doy mi consentimiento y autorizo a Nuvia Health a proporcionar tratamiento médico basado en su criterio clínico profesional. Tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito a la oficina de Nuvia Health, excepto en la medida que la práctica ya haya tomado acciones confiando en este consentimiento.

Entiendo que la atención médica en Nuvia Health puede ser proporcionada por enfermeros prácticos y otros profesionales de la salud autorizados. Estos proveedores trabajan colaborativamente y bajo supervisión médica según lo requerido por la ley de Texas. Entiendo que es posible que no sea tratado directamente por un médico en cada visita.

Entiendo que Nuvia Health proporciona servicios de atención primaria ambulatoria y no es una instalación de emergencia. En caso de una emergencia médica, entiendo que debo llamar al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana.

He leído el consentimiento para tratamiento anterior. Entiendo toda la información y una copia puede estar disponible para mí bajo solicitud.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

*Si fue firmado por alguien que no sea el paciente:*

---

Nombre Impreso

---

Relación con el Paciente



## RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

---

### Prácticas de Privacidad HIPAA

---

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida por Nuvia Health y sus proveedores para los propósitos de diagnosticar y proporcionar tratamiento, obtener pago de compañías de seguros, o conducir operaciones de atención médica de Nuvia Health.

Reconozco que he sido ofrecido o recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Nuvia Health, el cual describe cómo mi información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de mi información de salud protegida. Entiendo que Nuvia Health no está obligado a estar de acuerdo con ninguna restricción que pueda solicitar, pero si Nuvia Health acepta una restricción, está vinculado por ese acuerdo.

He leído el reconocimiento anterior. Entiendo toda la información y una copia puede estar disponible para mí bajo solicitud.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

*Si fue firmado por alguien que no sea el paciente:*

---

Nombre Impreso

---

Relación con el Paciente



# POLÍTICAS DE OFICINA Y FINANCIERAS

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

---

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## POLÍTICAS DE OFICINA

---

### Llegada a la Cita

---

Los pacientes nuevos deben llegar al menos 15 minutos antes de su hora de cita con una identificación fotográfica válida y tarjeta de seguro. El papeleo debe completarse en el portal del paciente o impreso, completado completamente a mano y traído a la cita.

Los pacientes establecidos deben llegar al menos 10 minutos antes de su hora de cita. Esto permite que nuestro personal actualice el expediente, complete el registro y obtenga cualquier información nueva necesaria antes de la visita.

Los pacientes que lleguen tarde pueden ser requeridos a reprogramar si no hay tiempo adecuado para atender sus necesidades médicas.

### Cancelaciones y Ausencias

---

Esta oficina requiere un mínimo de 24 horas de aviso para cancelar una cita.

Cancelación Tardía (menos de 24 horas de aviso):	\$30.00
Ausencia (cita perdida sin aviso):	\$50.00

Las citas repetidas perdidas o canceladas tardíamente pueden resultar en el despido de la práctica.

### Animales de Servicio

---

Los pacientes que usan un animal de servicio son bienvenidos. Se aprecia el aviso previo cuando sea posible para que podamos acomodar mejor a todos los pacientes.

Entiendo y acepto las políticas de oficina descritas anteriormente.

---

Firma

---

Fecha



# POLÍTICAS DE OFICINA Y FINANCIERAS

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

---

## POLÍTICAS FINANCIERAS

---

### Pago

---

El pago por servicios no cubiertos por seguro y los montos estimados de responsabilidad del paciente vencen en el momento del servicio. El pago se recopilará al registrarse para citas programadas. Los pacientes también pueden pagar a través del portal del paciente o por teléfono antes de la cita.

### Verificación de Seguro

---

Los pacientes deben asegurar que nuestra oficina tenga información de seguro actual y precisa antes del registro. Debemos poder verificar el seguro en el momento de la visita. Si no se puede verificar el seguro, se puede pedir al paciente que pague como auto-pago o re programe.

### Seguros y Facturación

---

Las políticas de nuestra oficina rigen los arreglos de pago entre el paciente y Nuvia Health. Para aseguradoras y redes en las que participamos, aceptaremos la asignación, cobraremos la responsabilidad estimada del paciente y facturaremos los servicios cubiertos.

Los arreglos entre un paciente y su asegurador son separados de los arreglos entre el paciente y Nuvia Health. Aunque ocasionalmente podemos apelar determinaciones de reclamos, nuestra oficina no participa en disputas entre pacientes y sus aseguradoras sobre cobertura de beneficios del plan.

Es responsabilidad del paciente conocer y comprender su cobertura de seguro. Si los servicios se niegan debido a falta de cobertura o beneficios máximos alcanzados, el paciente será responsable del costo completo de los servicios prestados.

### Métodos de Pago

---

Aceptamos American Express, Apple Pay, efectivo, cheques, tarjetas de débito, Discover, Mastercard y Visa.

Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de \$35.00. El monto del cheque más la tarifa vencen e inmediatamente pagaderos. No se honrarán más citas hasta que se satisfaga el saldo.

### Servicios de Laboratorio

---

Los servicios de laboratorio y patología se facturan por separado por la entidad de procesamiento. Consulte el Reconocimiento de Servicios de Laboratorio para obtener todos los detalles.

Entiendo y acepto las políticas financieras descritas anteriormente.

---

Firma

---

Fecha



# ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

---

## Asignación de Beneficios

---

Al proporcionar mi información de seguros, autorizo a Nuvia Health a presentar reclamaciones a mi compañía de seguros en mi nombre y ceder mi derecho a los pagos de reclamaciones de seguros a Nuvia Health. Esto incluye todos los servicios facturados por Nuvia Health.

Además, reconozco y entiendo que soy responsable de todos los copagos, coaseguros, deducibles y cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. Si mi información de seguros cambia en algún momento, es mi responsabilidad proporcionar a Nuvia Health mi información de seguros actualizada lo antes posible. Si no proporciono la información a tiempo, entiendo que la negación de reclamaciones puede resultar en que la responsabilidad financiera se transfiera únicamente a mí.

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi plan de seguros, incluidos los servicios considerados no cubiertos, fuera de la red o montos de responsabilidad del paciente. Entiendo que pueden aplicarse cargos por ciertos servicios independientemente de la cobertura de seguros.

He leído la asignación de beneficios y responsabilidad financiera anterior. Entiendo toda la información y una copia puede estar disponible para mí bajo solicitud.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

*Si fue firmado por alguien que no sea el paciente:*

---

Nombre Impreso

---

Relación con el Paciente



# RECONOCIMIENTO DE FACTURACIÓN SIN PAPEL

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

---

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Aviso de Facturación Electrónica

---

Nuvia Health utiliza estados de cuenta de facturación sin papel (electrónico) entregados a través del portal del paciente. Esto nos permite optimizar la facturación, reducir costos y proporcionar notificación oportuna de la responsabilidad del paciente por los servicios prestados.

Los estados de cuenta de facturación y otras notificaciones relacionadas con la facturación pueden ser entregados a través del portal del paciente. Esto incluye, pero no se limita a, estados de balance, recordatorios de pago y avisos previos a la cobranza. Generalmente no se envían estados de cuenta de facturación en papel.

## Acceso al Portal del Paciente

---

Los pacientes son responsables de acceder a su portal de paciente para revisar los estados de cuenta de facturación, notificaciones y otras comunicaciones de nuestra oficina. El portal del paciente también se utiliza para comunicar resultados de laboratorio, información de citas y mensajes clínicos.

Algunos pacientes eligen deshabilitar las notificaciones del portal. Si las notificaciones están deshabilitadas, sigue siendo responsabilidad del paciente iniciar sesión regularmente para revisar la facturación y otra información importante.

## Reconocimiento

---

Al firmar a continuación, reconozco que he sido informado del proceso de facturación sin papel de Nuvia Health y entiendo que los estados de cuenta de facturación y las notificaciones se entregarán a través del portal del paciente.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para acceder a su portal, comuníquese con nuestra oficina de recepción.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si fue firmado por alguien que no sea el paciente:*

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente



## RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS DE LABORATORIO

243 FM 1903, Suite 800 | Greenville, TX 75402 | Phone: (903) 310-3231 | Fax: (866) 538-5188

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

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

### Servicios de Laboratorio de Referencia

Nuvia Health envía la mayoría de las pruebas de laboratorio a un laboratorio de referencia independiente. Estos laboratorios no son empleados de Nuvia Health ni están afiliados financieramente con Nuvia Health.

Los servicios de laboratorio de referencia se facturan directamente por el laboratorio a su seguro. Nuvia Health no factura estos servicios y no determina los precios del laboratorio o los montos de responsabilidad del paciente.

Si el laboratorio determina que su seguro no cubre ciertas pruebas, o aplica cargos hacia su deducible, el laboratorio lo facturará directamente. Cualquier pregunta de facturación relacionada con servicios de laboratorio de referencia debe dirigirse al laboratorio, no a Nuvia Health.

### Cobertura de Seguros

La cobertura de servicios de laboratorio depende de su plan de beneficios específico. Es posible que su seguro no cubra todos los laboratorios ordenados, particularmente en visitas por problemas o enfermedad. Las visitas preventivas pueden incluir pruebas de sangre básicas como un recuento completo de células, panel metabólico o panel de lípidos, pero esto varía según el plan.

Algunos planes de seguros tienen redes preferidas de laboratorios que pueden diferir del laboratorio de referencia utilizado por nuestra oficina. Se le anima a que verifique sus beneficios de laboratorio con su asegurador para evitar cargos inesperados.

### Pruebas Puntuales de Atención en la Oficina

Nuvia Health realiza un número limitado de pruebas puntuales de atención aprobadas por CLIA en la oficina (como pruebas rápidas). Estas pruebas se realizan en el momento de su visita, y los resultados generalmente están disponibles el mismo día. Los cargos por pruebas puntuales de atención realizadas en la oficina se facturan por Nuvia Health y pueden estar sujetos a cobertura de seguros, deducible o responsabilidad del paciente según su plan de beneficios.

### Opciones del Paciente

No es obligatorio que se le extraigan los laboratorios en nuestra oficina. Puede solicitar una orden de laboratorio para llevar a un laboratorio de su elección. Tenga en cuenta que los resultados de laboratorios externos pueden no ser recibidos automáticamente por nuestra oficina, lo que podría afectar el seguimiento oportuno de su atención.

### Resultados de Laboratorio

Los resultados de laboratorio están disponibles a través del portal del paciente. Si sus resultados son normales, es posible que su proveedor no envíe un mensaje separado; sin embargo, siempre puede comunicarse con nuestra oficina con preguntas o inquietudes.

### Reconocimiento

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido este aviso. Entiendo que los servicios de laboratorio de referencia se facturan por separado por el laboratorio y que Nuvia Health no es responsable de los precios o facturación del laboratorio. Entiendo que mi seguro puede no cubrir todos los servicios de laboratorio y que se me anima a verificar mis beneficios con mi asegurador.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si fue firmado por alguien que no sea el paciente:*

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente