

Virginia G. Piper Cancer Care Network

Bienvenido a Virginia G. Piper Cancer Care Network. Nuestras ubicaciones en todo el valle lo ponen a usted, el paciente, en el centro de todo lo que hacemos. Nuestro equipo de especialistas está comprometido en brindarle una atención coordinada excepcional.

Antes de su visita

Antes de su visita se le solicita que imprima y complete el Paquete para paciente nuevo adjunto. Estamos conscientes de que es posible que anteriormente haya proporcionado información a otros proveedores de HonorHealth y comprendemos que esto le parezca redundante. Sin embargo, dado que los antecedentes de salud y las circunstancias cambian continuamente, es importante que nuestro equipo tenga su información más reciente y actualizada para brindarle la mejor atención personalizada.

Aplicación MyChart

Para simplificar su atención médica, se le recomienda descargar y registrarse en la aplicación MyChart. MyChart es un sitio web seguro que le brinda acceso a su información de salud de manera rápida y conveniente desde su computadora, teléfono inteligente o tableta. Visite HonorHealth.com/mychart para obtener más información sobre las ventajas de MyChart y recibir instrucciones sobre cómo registrarse.

Si tiene preguntas, no dude en comunicarse con su médico. También puede llamar al 855-485-HOPE (4673) para obtener más información y apoyo.

Es un honor servirle durante este tiempo.



Clínicas para pacientes externos con base en el hospital Nombre del paciente:

Cuando se le brinden servicios en alguna de las clínicas para pacientes externos con base en nuestro hospital, usted recibirá dos cobros por separado de HonorHealth. En su estado de cuenta, bajo la sección de **Servicios por el uso de las instalaciones**, la factura hospitalaria mostrará un cobro por su visita a alguna de las clínicas para pacientes externos o por su visita por telemedicina. Recibirá también un cobro por separado por los **Servicios profesionales** (médicos), el cual mostrará el nombre del médico o profesional médico que le brindó los servicios. La declaración de cargos mostrará los servicios bajo las dos categorías que se indican a continuación:

- Servicios por el uso de las instalaciones (Facility Services): cubren los gastos generales de la
 instalación, incluyendo enfermería, registro, equipo, provisiones médicas, edificio, etc. Allí aparecerá el
 cargo por su visita a alguna de las clínicas para pacientes externos o su visita por telemedicina.
- Servicios del médico y profesional clínico (Physician and Clinical Professional): cubre los servicios de su médico, tratamiento o procedimientos realizados y no incluye ningún costo por el uso general de la instalación.

El costo por el uso de las instalaciones resulta de que a los consultorios médicos y a las clínicas para pacientes externos de HonorHealth se les clasifica como departamentos ambulatorios propiedad del hospital, también conocidos como instalaciones que sirven como base para los proveedores (provider-based facilities).

La facturación por servir como base para los proveedores es aplicable a todos los pacientes sin importar el tipo de seguro médico con el que cuenten. La forma en que su seguro cubrirá los cargos por el uso de las instalaciones y/o la sala de tratamiento podría variar dependiendo si usted cuenta con seguro médico a través de su empleador, de otra compañía de seguros o si está cubierto por Medicare.

Cómo le afectará lo anterior si cuenta con cobertura médica por parte de su empleador u otro seguro médico (no Medicare): La forma en que su compañía de seguro médico maneje estos cargos variará según su plan de atención. Algunas compañías de seguros podrían aplicar los cargos a su deducible anual, coaseguro o copago; para saber lo que se cubrirá, comuníquese con su compañía de seguro médico. Si tiene preguntas adicionales, por favor comuníquese con alguno de nuestros asesores financieros.

Cómo le afectará lo anterior si tiene Medicare:

- Los cargos por servicios por el uso de las instalaciones se facturarán a Medicare Parte A.
- Los cargos por servicios de los médicos y profesionales clínicos se facturarán a Medicare Parte B.

Recibirá dos Notificaciones de los resúmenes de Medicare (MSN por sus siglas en inglés): una de la Parte A y una de la Parte B:

- Si cuenta con un seguro médico secundario, enviaremos cualquier saldo a esa compañía de seguro.
- Si su seguro médico secundario no cubre el saldo restante, o si no cuenta con seguro secundario, el saldo se le facturará a usted.

Firma del paciente:	- 4	Fecha



Divulgación por escrito a los pacientes sobre medidas de ahorro de costos, calidad y eficiencia

Declaración de divulgación con relación a los acuerdos de la mejoría de calidad de médicos del hospital y el acuerdo de reducción de costos

Nombre del paciente:

Scottsdale Healthcare Hospitals conduciendo negocios como HonorHealth ("HonorHealth") y ciertos de sus médicos han entrado en un acuerdo en donde HonorHealth comparte una porción de los ahorros atribuidos a la mejoría de calidad y reducción de costos en las líneas de servicio cardiovascular, oncología, neurocirugía, y ortopedia.

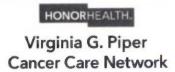
Una descripción de los programas de calidad y reducción de costos específicos de la línea de servicios se puede encontrar en la página de internet de HonorHealth en:

https://www.honorhealth.com/care-collaboration

Los médicos no son obligados a seguir algún requerimiento del acuerdo si el hacer esto no es lo mejor para usted. Si le gustaría más información acerca del programa, por favor contacte al individuo nombrado en el documento de línea de servicio específico que se encuentra en el enlace de arriba.

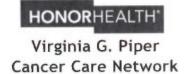
Su recibo de este aviso no implica que los médicos que lo/a estén tratando participan en el programa. Una lista de los médicos que están participando, por línea de servicio, se pueden encontrar en el enlace de arriba.

Fecha



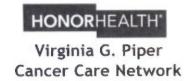
REGISTRO DE PACIENTE

Nombre completo del paci	ente:	Fecha de nacimiento:						
No. Seguro Social:	Dirección de correo electrón	nico:	Género: □ M □ F					
Domicilio:								
Calle	Ciudad	Estado	Código postal					
Dirección postal:								
Calle	Ciudad	Estado	Código postal					
eléfono de casa:		Teléfono del trabajo:						
eléfono móvil:		Teléfono móvil del n	nédico:					
Cómo prefiere que se le n	otifique? □ Teléfono móvil □ Co	orreo electrónico 🛚 Mer	nsaje de texto 🛭 Teléfono de d					
Se le puede dejar mensajo	e? (indique su respuesta)? Sí o No	o Indique su preferencia	para mensaje de voz: Teléfono de casa o mó					
Apellido de soltera de su m	amá/madre:		Total of Gusu of Hio					
Contacto de emergencia:	Rela	ación con el paciente:						
eléfono de casa:	Telé	fono móvil:						
stado civil: □ Soltero/a	☐ Casado/a ☐ Divorciado	o/a 🔲 Viudo/a						
Ftnicidad: □ Hispano o lati	no 🗆 No hispano ni latino (pregur	nta demográfica requerio	da por el Estado de AZ)					
Raza: 🗆 Indio-American	o o Nativo de Alaska □ Asiático □ De otras islas del Pacífico □Ot	☐ Negro o Afro-America	no 🛘 Blanco o caucásico					
Preferencia religiosa:								
dioma preferido:	Inglés ☐ Español ☐ Fi	rancés 🗆 Chino	□ Otro:					
Discapacidad visual: 🗆 Sí	□No							
Empleador del paciente:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Ocupación:						
	Nombre del							
echa de nacimiento del si	uscriptor:Relación cor	n el suscriptor:						
No. de identificación	No.	de grupo:						
Seguro médico secundario	:Nombre del	suscriptor:						
Fecha de nacimiento del si	uscriptor:Relación co	n el suscriptor:						
No. de identificación	No.	de grupo:						
¿Cuenta con un testament			opia para nuestros registros opia para nuestros registros					



ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

Fecha de la visita:		Forther device starteness				
		Fecha de nacimiento: Cuándo inició el problema:				
Razón por la visita:						
FARMACIA DEL PACIENTE (NOMBRE, DIRECCION, # DE TELEFONO						
ALERGIAS A MEDICAMENTOS/ALIMENTOS/LATEX/CONTRASTE:		NINGUNA o ENUMERE SI HAY ALGUNA:				
MEDICAMENTOS ACTUALES (nombre y dosis) O IND	QUE A	QUI si se adjunta la lista de medicamentos				
1		5				
2		6				
3		7				
4.		8.				
condiciones crónicas/antecedentes medicos: que apliquen)	¿Algu	na vez ha tenido alguno de los siguientes? (circule todos lo				
Presión arterial alta		EPOC				
Diabetes - De ser así, qué tipo:		Hipertiroidismo				
Accidente cerebrovascular/AIT		Ritmo cardíaco anormal				
Lupus		Fibrilación auricular				
Insuficiencia cardíaca		Soplo cardíaco				
Enfermedad vascular		Neuropatía Hipotiroidismo				
Enfermedad del corazón Ataque al corazón		Aneurisma				
Convulsiones		Coágulos sanguíneos				
Colitis/Diverticulitis		Trastornos genéticos, qué tipo:				
Ansiedad		ETS - De ser así, qué tipo:				
Depresión		VIH				
¿Se ha realizado alguna de las siguientes prueba	s?	Otro:				
Se na realizado diguna de las siguientes pi desa	Sí	Cuándo y dónde				
Biopsia anormal		country condc				
Escaneo de tomografía computarizada (TC)						
Imagen por resonancia magnética (IRM)						
Escaneo de tomografía por emisión de positrones						
(TEP)						
Mamografía						
Colonoscopía						
Papanicolaou						
Endoscopía						
Transfusiones de sangre						
Transitusiones de sangre						



21249 Rev 10 16 2020

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

División de hematología/oncología médica y ginecológica

Nombre del pacie	nte:		Fecha de n	nacimiento:	
ANTECEDENTES (QUIRÚRGIO	OS DEL PACIENTE (N	OMBRE Y AÑO)		
1			4.		
¿Algún dispositivo	o o metal i	mplantado? (marcapas	os, bombas, etc.) Indique	e: Sí N	10
VACUNAS: Tiene a	Iguna de la	s siguientes vacunas:			
NEUMONÍA	□NO	☐ SÍ, Fecha	TÉTANOS	□NO	☐ SÍ, FECHA
CULEBRILLA	□NO	SÍ, Fecha	INFLUENZA	□NO	☐SÍ, FECHA
OTRA VACUNA	\square NO	□SÍ, Fecha			
ANTECEDENTES Nivel educativo má ¿Con quién vive?_ ¿Hace ejercicio? ¿Ha experimentad ANTECEDENTES ¿Tiene problemas o y/o el aparato que ¿Ha tenido una ca	S SOCIALE Nunca Nunca o una péro S SOCIAL con la movi utiliza: ída en el ú	Algunas veces lida o aumento de pes	ĺ	a la semana nos 3 meses	o más
PADRE MADRE ¿Algún antecedente	ra en buen NO □ SÍ NO □ SÍ e de cáncer	en la familia?	NFERMO/A SI FALLECIÓ,		
Solo para mujere	s				
Edad que inició el c	iclo menstru	ual:Edad de la men	opausia:Número de	embarazos:_	Nacimientos vivos:

Página 2 de 4



Cancer Care Network

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

SINTOMAS CONSTITUCIONALES	5	C 4 15	OJOS (Continuación)		
CAMBIO EN SUS ACTIVIDADES	NO	SÍ	ENROJECIMIENTO DE LOS OJOS (OJOS SECOS)	NO	SÍ
CAMBIO EN EL APETITO	NO	SÍ	MIODESOPSIA	NO	SÍ
ESCALOFRÍOS	NO	SÍ	FOTOFOBIA (SENSIBILIDAD A LA LUZ)	NO	SÍ
DIAFORESIS (SUDORACIÓN)	NO	SÍ	ALTERACIÓN VISUAL	NO	SÍ
CANSANCIO (DEBILIDAD)	NO	SÍ	RESPIRATORIO	A BE	
FIEBRE	NO	SÍ	DISNEA AL ESFORZARSE (DIFICULTAD PARA	NO	SÍ
SUDORACION NOCTURNA	NO	SÍ	RESPIRAR AL HACER ESFUERZO)		
			OPRESIÓN EN EL PECHO	NO	SÍ
DOLOR	NO	SÍ	AHOGAMIENTO	NO	SÍ
TEMBLORES (ESCALOFRÍOS)	NO	SÍ	TOS	NO	SÍ
CAMBIO DE PESO INESPERADO	NO	SÍ	HEMOPTISIS (TOS CON SANGRE)	NO	SÍ
CABEZA, OIDOS, OJOS, NARIZ Y GA	RGANT		FALTA DE ALIENTO (DIFICULTAD AL	NO	SÍ
CONGESTIÓN	NO	SÍ	RESPIRAR)		
			ESTRIDOR	NO	SÍ
PROBLEMA DENTAL	NO	SÍ	SIBILANCIAS (ASMA)	NO	SÍ
BOCA SECA	NO	SÍ	CARDIOVASCULAR		
DOLOR DE OÍDO	NO	SÍ	DOLOR EN EL PECHO	NO	SÍ
HINCHAZÓN FACIAL	NO	SÍ	HINCHAZÓN DE LAS PIERNAS	NO	SÍ
PÉRDIDA DE CABELLO	NO	SÍ	ORTOPNEA	NO	SÍ
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN	NO	SÍ	PALPITACIONES	NO	SÍ
ÚLCERAS BUCALES	NO	SÍ	DPN (DISNEA PAROXÍSITICA NOCTURNA)	NO	SÍ
HEMORRAGIAS NASALES	NO	SÍ	GASTROINTESTINAL		
GOTEO POSTNASAL	NO	SÍ	DISTENCIÓN ABDOMINAL	NO	SÍ
RINORREA (SECRECIÓN NASAL)	NO	SÍ	DOLOR ABDOMINAL	NO	SÍ
PRESIÓN SINUSAL	NO	SÍ	SANGRADO DEL ANO	NO	SÍ
DOLOR DE GARGANTA	NO	SÍ	ASCITIS (HINCHAZÓN ABDOMINAL)	NO	SÍ
CAMBIOS EN EL GUSTO	NO	SÍ	SANGRE EN LAS HECES (HECES NEGRAS)	NO	SÍ
CANDIDASIS BUCAL/ALGODONCILLO	NO	SÍ	ESTREÑIMIENTO	NO	SÍ
TINNITUS (ZUMBIDO EN LOS OÍDOS)	NO	SÍ	DIARREA	NO	SÍ
DIFICULTAD PARA TRAGAR	NO	SÍ	SACIEDAD TEMPRANA (SENTIRSE LLENO)	NO	SÍ
CAMBIO DE VOZ	NO	SÍ	ERGE/ ACIDEZ ESTOMACAL	NO	SÍ
SENOS	3.5		NÁUSEAS Y VÓMITO	NO	SÍ
PEZÓN DERECHO INVERTIDO	NO	SÍ	HERNIA	NO	SÍ
BULTO EN EL SENO DERECHO	NO	SÍ	ENDOCRINO		
SECRECIÓN DEL PEZÓN DERECHO	NO	SÍ	INTOLERANCIA AL FRIO	NO	SÍ
CAMBIO EN LA PIEL DEL SENO	NO	SÍ	DIABETES	NO	SÍ
PEZÓN IZQUIERDO INVERTIDO	NO	SÍ	INTOLERANCIA AL CALOR	NO	SÍ
BULTO EN EL SENO IZQUIERDO	NO	SÍ	SOFOCOS/BOCHORNOS	NO	SÍ
SECRECIÓN DEL PEZÓN IZQUIERDO	NO	SÍ	POLIDIPSIA (MUCHA SED)	NO	SÍ
CAMBIO EN LA PIEL DEL SENO	NO	SÍ	POLIFAGIA (ALIMENTACIÓN EXCESIVA)	NO	SÍ
OJOS			POLIURIA (MICCIÓN EXCESIVA)	NO	SÍ
VISIÓN BORROSA	NO	SÍ	PRE-DIABETES	NO	SÍ
VISIÓN DOBLE	NO	SÍ	GENITOURINARIO		
SECRECIÓN OCULAR	NO	SÍ	DISURIA (DOLOR/DIFICULTAD PARA ORINAR,	NO	SÍ
PICAZÓN/COMEZÓN EN LOS OJOS	NO	SÍ	DIFICULTAD PARA INICIAR LA MICCIÓN)		
DOLOR DE OJO	NO	SÍ	DOLOR DE COSTADO	NO	SÍ
- COLOR DE OJO	1.40	1 -	- Chair an overried	Dágin	1



ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

CONTINUACIÓN DE GENITOURIN	IARIO		PSIQUIÁTRICO		
MICCIÓN FRECUENTE	NO	SÍ	AGITACIÓN	NO	SÍ
HEMATURIA (SANGRE EN LA ORINA)	NO	SÍ	PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO	NO	SÍ
INCONTINENCIA	NO	SÍ	CONFUSIÓN	NO	SÍ
NOCTURIA (MICCIÓN FRECUENTE DURANTE LA NOCHE)	NO	SÍ	DISMINUCION DE LA CONCENTRACION	NO	SÍ
SECRECIÓN DEL PENE	NO	SÍ	DEPRESIÓN	NO	SÍ
DOLOR DEL PENE	NO	SÍ	HALUCINACIONES	NO	SÍ
HINCHAZÓN DEL PENE	NO	SÍ	HIPERACTIVO	NO	SÍ
HINCHAZÓN DEL ESCROTO	NO	SÍ	NERVIOSO/ANSIOSO (ATAQUES DE PÁNICO)	NO	SÍ
DOLOR TESTICULAR	NO	SÍ	AUTOLESIÓN	NO	SÍ
URGENCIA PARA ORINAR	NO	SÍ	TRASTORNOS DEL SUEÑO (INSOMNIO)	NO	SÍ
DISMINUCIÓN DE LA ORINA	NO	SÍ	IDEAS SUICIDAS	NO	SÍ
MUSCULOESQUELÉTICO			IDEAS HOMICIDAS	NO	SÍ
ARTRALGIAS (DOLOR DE ARTICULACIÓN/HUESO)	NO	SÍ	GINECOLÓGICO		
DOLOR DE ESPALDA	NO	SÍ	FLUJO VAGINAL	NO	SÍ
PROBLEMA AL CAMINAR (CAMINA DE MANERA ANORMAL)	NO	SÍ	DOLOR VAGINAL	NO	SÍ
HINCHAZÓN DE LAS ARTICULACIONES	NO	SÍ	SANGRADO ANORMAL	NO	SÍ
MIALGIAS (DOLOR MUSCULAR)	NO	SÍ			
DOLOR DE CUELLO	NO	SÍ			
RIGIDEZ EN EL CUELLO	NO	SÍ			
PIEL					
FORMACIÓN DE AMPOLLAS	NO	SÍ			
LUNARES QUE CAMBIAN (LESIONES EN LA PIEL)	NO	SÍ			
CAMBIO DE COLOR DE LA PIEL	NO	SÍ			
ALERGIA/SISTEMA INMUNE	0.00				
ALERGIAS AMBIENTALES/ESTACIONALES	NO	SÍ			
ALERGIAS A ALIMENTOS	NO	SÍ		300	
INMUNOCOMPROMETIDO	NO	SÍ			199
QUÍMICOS EN EL LUGAR DE TRABAJO	NO	SÍ		-645	
NEUROLÓGICO					
NEUROPATIA DOLOROSA	NO	SÍ			
MAREO	NO	SÍ			
ASIMETRÍA FACIAL	NO	SÍ			
DOLORES DE CABEZA	NO	SÍ			
ATURDIMIENTO	NO	SÍ			
FALTA DE SENSIBILIDAD/HORMIGUEO	NO	SÍ			
CONVULSIONES	NO	SÍ			
DIFICULTAD DEL HABLA	NO	SÍ			
SÍNCOPE (ESTADO DE CONCIENCIA ALTERADO)	NO	SÍ			
TEMBLOR	NO	SÍ			
DEBILIDAD (PARALISIS)	NO	SÍ			
HEMATOLÓGICO					
	NO	SÍ			
ADENOPATIA (GLANDULAS ENGRANDECIDAS)	NO				-
MORETONES/SANGRA CON FACILIDAD	NO	SÍ			
LINFEDEMA	NO	SÍ			
PETEQUIAS (SANGRADO DEBAJO DE LA PIEL)	NO	SÍ			



Virginia G. Piper Cancer Care Network

CUESTIONARIO SOBRE EL CÁNCER HEREDITARIO

		paciente:							Genero (M/F):	
strucci STED y abe con	ones: E / o SU nsidera sobrino	Esta es una herramienta de FAMILIA. Enseguida de ca rse a usted mismo y a los os, sobrinas, medios herma	detección p da declarac s siguientes nos, primos	para los cánceres dión, enumere la(s) parientes consa hermanos, bisabu	que se relaci nguín	presentan er ón(es) con us eos cercano bisnietos.	las familias. Indiques ted y la edad que s	ue con una (S) para e diagnosticó para ermanos, hermana	a aquellos que se apli o cada cáncer en su fa es, hijos, hijas, abuelo.	can a milia. s, nietos,
	CAN	STATE OF THE STATE OF	USTED EDAD DE SU DIAGNOSTICO	PADRES/HERM HIJOS	1000	The second secon	PARIENTES MATERNOS	EDAD DE	PARIENTES PATERNOS	EDAD DE Diagnostic
□ S □ N		MPLO: CER DE MAMA	45	_		=	Tia Prima	45 51	Abuela	53
□s □ _N		CER DE MAMA er u hombre)			70					
□s □ _N		CER DE OVARIO coneal/ Trompa de Falopio)								
□ s □ N		CER DE UTERO OMETRIAL)								
□s □ _N	CÁN	CER DE COLON/RECTAL								
□s: □ _N	GAS*	más POLIPOS TROINTESTINALES EN EL NSCURSO DE SU VIDA ecifique cuantos)								
□s □n	OTRO	O(S) CANCER(ES) ecifique el tipo de cáncer)	Entre otros, c	onsidere los siguientes	cáncere	s melanoma, pái	ncreas, estomago (gástrio	co), próstata, cerebro, ni	nón, vejiga, intestino delgado), sarcoma, tiroide
[[⊒s □ ⊒s □ Señal	N ¿Es usted de ascendenci N ¿Le preocupan sus antec N ¿Usted o alguien de su familia es de alerta del c ondan)	edentes per se ha realizad áncer h	sonales y/o familiar o pruebas genéticas pa nereditario (F	ra dete Para d	ctar algún síndro completar c	on su proveedoi	THE RESIDENCE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN	The second second	COLUMN TWO
	Antecedentes personales y/o familiares de cua Múltiple			o 2 o más: cáncer de mama / ovario / próstata / páncreas o 2 o más: colorrectal / endometrio / ovario / gástrico / pancreático / otro (i.e., uréter/renal, pelvis, tracto biliario, intestino delgado, cerebro, adenomas sebosos) o 2 o más: melanoma / páncreas o Cáncer de mama o Cáncer colorrectal						
	Cualquiera de los siguientes a la edad de 50 años o menor: Poco común Cualquiera de estas presentaciones que son poco comunes a cualquier edad:			o Cáncer del endometrio o Cáncer de ovario o Mama: Cáncer de mama masculino o cáncer de mama triple negativo o Cáncer colorrectal con MSI/IHC anormal, o histología asociada a MSI o Cáncer del endometrio con MSI/IHC anormal o 10 o más pólipos gastrointestinales*						
_		Presencia de linfocitos infiltran valuación se basan en las directric	es de la socied	dad médica. Para conoc	er las p	ohn, diferencia autas individuale:	ción mucinosa/en anill s de la sociedad médica	o de sello o patrón de vaya a www.MyriadPro	com	
		e la evaluación del r	iesgo de	cancer heredi	tario	(Para compl	etar después de co	(Editable)	roveedor de atención	medica)
Firms		National III G								



Virginia G. Piper Cancer Care Network

Presentación del asesor financiero

En HonorHealth, lo último que deseamos es que su atención sea frustrante. Una de las maneras en que vamos más allá de su atención es reuniéndonos con usted antes de iniciar el tratamiento. Comentaremos sobre los costos y las opciones que pueden ayudar a aliviar cualquier carga financiera inesperada de su tratamiento. Nuestros asesores financieros le proporcionarán información financiera sobre sus beneficios de su seguro médico (incluidos detalles sobre el estado de su deducible y su responsabilidad de pago propio), así como nuestras políticas de pago. Determinar sus necesidades financieras no es un ejercicio de una sola ocasión: nuestros asesores financieros se reunirán con usted y su familia regularmente para actualizar cualquier cambio en su cobertura de seguro médico y reevaluar sus recursos financieros a lo largo de su plan de tratamiento. Dado que recibirá tratamientos de infusión o inyecciones en una de nuestras clínicas, así es como nuestro equipo le apoyará:

- Una vez prescrito el tratamiento, nuestro equipo de autorización verificará los requisitos de autorización de su seguro médico. Los miembros de nuestro equipo iniciarán el proceso de autorización para garantizar que su tratamiento pueda comenzar de manera oportuna.
- Nuestros asesores financieros se comunicarán con usted antes de iniciar el tratamiento para explicarle la cobertura de su seguro médico, revisar sus beneficios y discutir su responsabilidad financiera estimada con base a la información proporcionada por su seguro médico.
- Una vez que se haya recibido su autorización, nuestro equipo continuará monitoreando su tratamiento para garantizar que se aborden las necesidades de autorización en curso.
- Nuestros asesores financieros también revisarán cualquier posible opción de asistencia financiera del fabricante (de ser aplicable), fundaciones de terceros y cualquier programa disponible a través de HonorHealth.
- Si su médico ordena un tratamiento que su seguro médico no autoriza, trabajaremos con la compañía farmacéutica para solicitar cualquier programa de asistencia aplicable para usted.
 Nuestros asesores trabajarán con usted para completar los formularios de asistencia financiera y enviarlos por usted.

Los asesores financieros están disponibles de 7:30 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes para responder sus preguntas y platicar sobre su plan de tratamiento. Encontrará su información de contacto en este paquete.

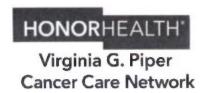
Gracias por elegir HonorHealth. Deseamos hacer un esfuerzo adicional por usted.

Laura Luna

Gerente de Acceso del paciente

Laluna@honorhealth.com

Asesores financieros:



Aviso de las prácticas de privacidad y Consentimiento para comunicaciones

Este formulario sirve para identificar quién puede, o no, tener acceso a la comunicación verbal con respecto a la información de salud protegida del paciente, mientras el paciente está bajo tratamiento. Enumere el nombre completo de familiares o amigos con quién Virginia G. Piper Cancer Care Network puede compartir su información de salud. Número de teléfono Relación Nombre reconozco que he recibido una copia del Aviso de las prácticas de privacidad del Virginia G. Piper Cancer Care Network. He identificado quién puede, o no, tener acceso a mi información de salud protegida mientras esté bajo tratamiento en el Virginia G. Piper Cancer Care Network. Entiendo que esta liberación es válida durante el marco de tiempo de mi diagnóstico, pero puedo revocar la presente autorización en cualquier momento informando a los especialistas del Virginia G. Piper Cancer Care Network y a mi médico. Fecha: ____ Nombre impreso:

Firma del paciente: