

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA VEJIGA

Nombre _____ Teléfono # _____

Médico _____

¿Qué síntomas te describen mejor?

Micción frecuente: día, noche o ambos

Repentino o fuerte impulso de orina

No se puede vaciar la vejiga

Fugas con estornudos, tos, ejercicio

Fugas con impulso o sin advertencia
(Incapaz de llegar al baño a tiempo)

Dolor vesical o pélvico

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? _____

¿Has probado medicamentos para ayudar a tus síntomas? Sí O No

Si es así, revisa los medicamentos que has probado :

Detrol LA Ditropan XL Flomax Cardura

Oxytrol Patch Enablex Vesicare DDAVP

Sanctura Elavil Elmiron Otros _____

¿Estos medicamentos ayudan a los síntomas? Círculo #

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Si ha dejado de tomar sus medicinas explique por qué: No ayudó

Efectos secundarios Demasiado caro

Describir efectos secundarios _____

Modificaciones de comportamiento probadas _____

(i.e., ingesta de cafeína, cambios en el estilo de vida, entrenamiento muscular del suelo pélvico)

¿Cuál es tu nivel de frustración con los síntomas de la vejiga? Círculo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿Tiene actualmente algún problema con la función intestinal: Fecal Incontinencia Estreñimiento Otros

Estoy interesado en aprender más sobre ~~reatment~~ alternativas a los medicamentos: Si o No

POLÍTICA FINANCIERA

Estimado paciente: Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra práctica para brindarle atención urológica. Agradecemos su confianza y esperamos mantenerlo sano y feliz. Como parte de nuestros servicios, tratamos de contener el costo cada vez mayor de la atención médica. Para hacer esto, hemos implementado esta Política financiera que le pedimos que lea y firme. Si lo desea, puede recibir una copia de esta política para sus registros. El original se mantendrá en su registro médico.

BENEFICIOS DE SEGURO Y COBERTURA

Como cortesía para usted, nuestro personal se comunicará con su compañía de seguros para verificar sus beneficios de cobertura con respecto a la atención médica. Haremos todo lo posible para asesorarlo si su plan no cubre tratamientos inciertos. Al hacer esto, debemos confiar en la información que nos brindan los representantes de su compañía de seguros. Documentamos a la persona con la que hablamos y la fecha de la llamada. Sin embargo, no podemos ser responsables si su empresa nos proporciona información falsa, aunque esto es raro. La verificación de cobertura y elegibilidad **NO ES** una garantía de que su compañía de seguros realizará los pagos. Eso lo determina su compañía de seguros en el momento en que se presenta y revisa el reclamo. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Si alguna vez tiene alguna pregunta sobre su cobertura, estaremos encantados de ayudarlo a obtener las respuestas. Finalmente, **USTED** es responsable de todos los costos no curados durante el tratamiento, con la expectativa de ajustes y cancelaciones de PPO, HMO o proveedor preferido. Estos ajustes y cancelaciones están determinados por los contratos que tenemos con su compañía de seguros.

COPAGOS Y DEDUCIBLES

Si bien aceptamos la asignación de beneficios de seguro según lo determinado por nuestros contactos PPO, HMO y Proveedor Preferido con las diferentes compañías de seguros y grupos médicos, sí requerimos copagos, montos de porciones de pacientes y cualquier deducible anual no pagado que se haga en ese momento de servicio.

PACIENTES SIN SEGURO

El pago COMPLETO se debe al momento del servicio. Aceptamos tarjetas, efectivo y cheques.

BENEFICIOS NO CUBIERTOS

Sabemos que pueden surgir circunstancias imprevistas o que algunas compañías de seguros, especialmente las HMO, pueden no cubrir algunos servicios médicamente necesarios. En estos casos, un plan de pago puede estar disponible. Estos serán evaluados caso por caso. Si bien intentamos acomodar a todos nuestros pacientes, mantenemos pautas estrictas con respecto a los planes de pago. El incumplimiento del cronograma de pagos dará lugar a la revocación del acuerdo del plan de pagos.

SALDOS Y DECLARACIONES

Recibirá un estado de cuenta al final de cada mes. Si vence algún pago, el estado de cuenta tendrá una sección de "Pagar esta cantidad". Este pago vence el 15 de cada mes. Si este pago no se ha recibido en el próximo ciclo de facturación, se agregará a su saldo una tarifa de refacturación de \$ 15.00. Esto se repetirá cada mes. Si tiene dificultades para realizar un pago, DEBE comunicarse con nosotros ANTES de la fecha de vencimiento para evitar estos cargos. Para evitar aumentar nuestros honorarios, debemos controlar nuestros costos y mantener la eficiencia en el aspecto comercial de la práctica. Estamos dedicados a brindarle a usted y a su familia la mejor atención posible disponible. También intentaremos acomodarlos siempre que sea posible. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta política financiera o cualquier otro asunto, comuníquese con el gerente de la oficina. Gracias por entender. Esperamos poder atender todas sus necesidades uro-lógicas.

Yo, _____, he leído esta política financiera, la entiendo y acepto sus términos.

Firma Del Paciente: _____ Fecha de firma: / /