Office Policies Políticas de la Oficina

We are glad that you want to become a patient at Caring for Women. Estamos contentos de que desea convertirse en un paciente de Caring for Women. New patients are always welcome here. Los pacientes nuevos son siempre bienvenidos aquí. Everyone at Caring for Women is committed to making your visits pleasant and stress-free. Todas las empleadas de Caring for Women tenemos por objetivo brindarles el mejor servicio posible y libre de estrés. You can count on our friendly staff to always provide the highest standard of care. Puede contar con nuestro personal para ofrecer siempre el más alto nivel de atención.

**Financial Information** **Información financiera**

1. Co-pays, co-insurances and deductibles are due at the time services are rendered. **Co-pagos, co-seguros y deducibles**: tienen que ser cubiertos al momento de su cita. We accept credit cards, cash and checks. Se acepta efectivo y tarjetas de crédito. If you are unable to pay your patient responsibility then your appointment will be rescheduled to our next available appointment. Si no puede pagar su consulta, su cita será cancelada y le daremos una nueva cita. Please make checks payable to Emily Rekuc, DO. There is a $25.00 charge to fill out and mail disability forms and a $10.00 charge to copy medical records for your personal use.
2. **Lista de precios:**
* Llenar papelería de desempleo $25
* Copia de Llenar expediente médico $10

**\*\*\*Los expedientes que sean compartidos a otros doctores no tendrán costo alguno, estos serán enviados vía fax\*\*\***

**\*\*El periodo de tiempo para enviar expedientes/llenar papelería es de mínimo 48 horas\*\***

1. **Cash Patients:** All cash paying patients are gladly accepted and payment in full is due with every appointment. **Se aceptan pacientes sin aseguranza:** estos pacientes tienen que pagar al momento de su consulta. \*\*El pago solo cubre los servicios prestados por la Dra. Rekuc y no incluye las cuotas de laboratorio o de imagen, si es necesario. Usted recibirá una factura por separada si estos servicios son necesario\*\*

**CitaAppointmentsCIta**

1. Expect to be at our office for at least 2 hours for your appointment. Estimamos un tiempo promedio de 2hrs.en el consultorio. Los bebes llegan en el momento menos esperado y algunas veces eso nos retrasa las consultas. Esperamos su comprensión si la Dra. Rekuc tiene llamado de urgencia para recibir un bebe.
2. Any patient arriving more than 15 minutes late for their appointment will be rescheduled to our next available appointment. Cualquier paciente que llega más de 15 minutos tarde a su cita será reprogramada para nuestra próxima cita disponible.

**Test Results/Pharmacy Refills/Referrals/Messages** **Resultados de exámenes / Renovar Medicamento / Referencias / Mensajes**

1. **Pharmacy Refills:** *Please do not wait until the last minute to request refills as we have a 48 hour window to complete refill requests.* **Renovación de medicamentos:** Por favor, no espere hasta el último momento para solicitar cambios ya que puede tomar hasta 48 horas para completar este procedimiento*.* If you need a refill check with your pharmacy first as you may have refills on file. Primero cheque con su farmacia si todavía tiene renovaciones en sus medicamentos antes de contactar a la oficina, sino tiene la farmacia nos mandara una solicitud vía fax. No se darán renovaciones de medicamento prescritos por otro médico. No se renovarán medicamentos a pacientes que no se han visto en un año. Para los medicamentos que son enviados por farmacia de correo, una receta médica será escrita a mano y la paciente tendrá que personalmente recogerla en la oficina.
2. **Test Results:** Normal results are not typically cal led to patients. **Resultados de examen:** Los resultados negativos no requieren llamar a los pacientes. Please allow 10 days after you have the test performed to call us for results. Por favor, espere 10 días después de examen para obtener resultados. If your results are significant or require additional follow up our clinical staff will contact you by telephone to review. **Imaging and Biopsy Results:** These result s will be called to patients. Si sus resultados son anormales o requieren seguimiento nuestro personal se pondrá en contacto con usted.
3. **Referrals:** Please allow 10 business days for referrals to be submitted and processed. **Referencias:** Por favor permita 10 días hábiles para someter las referencias necesarias. procesarse. Urgent referrals are processed anywhere from 1-3 days depending on the insurance plan. Referencias urgentes se someterán lo más pronto posible.
4. **Messages:** Your calls are important to us. **Mensajes:** Sus llamadas son importantes para nosotros. Any messages left with our office staff will be forwarded to Dr. Rekuc. Cualquier mensaje dejado con nuestro personal de la oficina serán enviadas a la Dra. Rekuc. You will be asked to provide the reason for your call, your full name, date of birth and a good call back number. Se le pedirá el motivo de su llamada, su nombre completo, fecha de nacimiento y un buen número de teléfono. Dr. Rekuc will determine whether she or a trusted member of her staff returns your call depending on the nature of the request. La Dra. Rekuc determinará si ella o un miembro de su personal regrese la llamada, dependiendo de la naturaleza de mensaje.

\*\* ***In compliance with HIPAA regulations no information will be released to anyone other than the patient unless there is a signed release on file specifically identifying the person information can be released to.*** \*\* \*\* ***En cumplimiento de las regulaciones de HIPAA ninguna información será entregada a cualquier persona que no sea el paciente a menos que exista una autorización firmada archivada identificando específicamente a la persona puede ser liberado.*** \*\*

**No Show/Excessive Cancellation Policy** **No Show / Condiciones de Cancelación Excesivo**

Caring for Women carefully schedules appointments to afford quality care for each of our patients. Caring for Women hace citas cuidadosamente para proporcionar una atención de calidad para cada uno de nuestros pacientes. When you miss or change your appointment without any advance notice, the time we created for you cannot readily be given to someone else who may need it. Cuando se pierde o cambia su cita sin ningún previo aviso, esa cita no puede dar fácilmente a otra persona que lo necesite. We ask that if you must change an appointment, please give us a *minimum of 24- 48 hours advance notice* . Le pedimos que, si tiene que cambiar una cita, por favor nos dé *mínimo de 24- 48 horas de anticipación.* When you do this, we may be able to schedule someone on our waiting Al hacer esto, nos proporciona tiempo para darle ese lugar a otra persona de nuestra lista de espera list.. Remember too, that when you postpone recommended care you jeopardize your own health. Recuerde también, que al posponer una cita está poniendo en riesgo su propia salud. If you are having care under pre-authorization from your insurance company, please be advised that the pre-authorization often has specific time limits for allowing care to be completed. Si usted está teniendo cuidado bajo previa autorización de su compañía de seguros, por favor tenga en cuenta que la pre autorización a menudo tiene plazos específicos para permitir su cuidado médico. So, it helps you and us when you keep your appointments!

***\*\* Si pierde 3 citas será dado de baja y una carta certificada será enviada notificándole de nuestra decisión y tendrá que encontrar a otro médico\*\****





**Original English text:**

You can count on our friendly staff to always provide the highest standard of care.

Contribute a better translation