



Queridos Padres,

Bienvenidos a Neuro Network Partners! Si usted ha sido parte de nuestra práctica, gracias por su apoyo. Tenemos el honor de ser los especialistas en Neurología de su hijo(a) y estamos comprometidos al cuidado de su hijo(a) con la mejor atención posible. Para facilitar esto, se han implementado las siguientes reglas de oficina:

1. Por favor llegue por lo menos 15 minutos antes de la hora de su cita. Esto le dará tiempo suficiente para navegar el estacionamiento, completar los formularios necesarios una vez que haya llegado a nuestra oficina y tener los signos vitales completados para que su niño(a) este listo para ser visto a la hora de su cita.
2. Nuestra póliza de puntualidad no permite atender a pacientes que se retrasen más de 15 minutos. Si usted tiene una emergencia inesperada, por favor llame a la oficina.
3. Es nuestra póliza de confirmar todas las citas. Por favor háganos saber si usted prefiere recibir una confirmación a medio de llamada o correo electrónico. Por favor, mantenga la fecha y hora de su cita. Si usted no llama para cancelar su cita dentro de 24 horas ("ausencia") y tiene 2 o más ausencias, no podemos seguir atendiendo a su hijo(a).
4. Para proteger la salud de todos nuestros pacientes, ahora requerimos que los pacientes esten al día con todas las vacunas. Póngase en contacto con el pediatra para asegurarse de que su hijo(a) tiene todas las vacunas necesarias.
5. **PACIENTES CON HMOs** Las compañías de seguros HMO tienen pólizas estrictas con respecto a pacientes que necesitan un referido para ver a especialistas. Es **su** responsabilidad obtener un referido de su médico primario. Usted debe tener el referido en mano a la hora de su cita. No aceptamos referidos enviados por fax. Un referido válido incluye: el nombre del médico, fecha de inicio, fecha de vencimiento, número de visitas y la firma del médico primario. Si usted no tiene un referido valido, su cita será cancelada y le daremos una nueva cita.
6. Por favor notifíquenos inmediatamente de cualquier cambio en la información de su hijo(a), por ejemplo, número de teléfono, dirección, compañía de seguros, etc.
7. Intentaremos devolver llamadas/mensajes el mismo día. Sin embargo, las llamadas que no son urgente, nos podemos tomar hasta 24 horas para devolver su llamada.
8. Por favor pregúntele a la secretaria de su neurólogo sobre su registración en nuestro Portal (IQ Health), donde tendrán acceso parcial al expediente de su hijo(a) a través del internet y donde puedes solicitar una cita, pedir recetas o renovaciones de recetas y enviar mensajes. Estamos usando el Portal (IQ Health) como método de comunicación en vez del correo electrónico.
9. Para la seguridad y salud de su hijo(a), le debemos ver por lo menos cada 6 meses para poder seguir recetándole medicina.
10. Debe solicitar renovaciones de recetas una semana antes de que se le termine el medicamento. Medicamentos para ADHD (estimulantes) son controlados por el gobierno federal. Estas recetas no se pueden llamar a una farmacia y no pueden ser escritas por más de un mes a la vez.

Medicamentos para ADHD no se pueden solicitar los fines de semana o después que ha cerrado la oficina.

11. Por favor espere una semana para sus peticiones para cartas/formularios o copias del expediente. Se cobra \$25 por carta o formulario si no son solicitados durante su visita. También hay un cargo para enviar copias del expediente por correo.
12. Nuestra oficina tiene un neurólogo de guardia en todo momento. Si tienes una pregunta médica urgente, llame al número de teléfono de la oficina y un neurólogo le ayudará. Por favor de no llamar después que ha cerrado la oficina para solicitar renovaciones de recetas. Las farmacias deben permitir un suministro de emergencia de 3 días de anticonvulsivos en caso de que su hijo(a) se quede sin medicamento.

Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

Sinceramente,

Los Médicos, Proveedores y Personal de Neuro Network Partners

He leído y estoy de acuerdo con estas polizas de oficina.

Por favor confirmar mi cita por EMAIL o LLAMADA TELEFONICA (círcule uno).

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha