



## **VALLEY INTENSIVISTS, PULMONOLOGISTS AND SLEEP SPECIALISTS**

1200 E. Savannah Ave. Suite 12  
McAllen, TX 78503  
Tel: (956) 688-6300 Fax: (956) 688-6303

### **GUÍAS DEL PACIENTE Y POLÍTICAS DE LA OFICINA**

Nos complace brindarle atención para sus necesidades de salud pulmonar y del sueño. Para garantizar una atención eficiente, segura y de alta calidad para todos los pacientes, le pedimos que revise y cumpla con las siguientes políticas de la oficina.

#### **HORARIO DE OFICINA**

Lunes a Jueves: 8:30 a. m. – 5:30 p. m.  
Viernes: 8:30 a. m. – 5:00 p. m.

#### **CITAS Y CANCELACIONES**

Las citas se reservan específicamente para usted. Le pedimos amablemente que nos dé al menos 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita.

#### **Requisito de confirmación de cita:**

Todas las citas deben ser confirmadas con al menos 24 horas de anticipación. Los pacientes pueden confirmar su cita por cualquiera de los siguientes medios:

- Llamada telefónica
- Respuesta por mensaje de texto
- Portal del Paciente

Si una cita no se confirma dentro de las 24 horas previas, podrá estar sujeta a cancelación o reprogramación para permitir disponibilidad a otros pacientes que necesiten atención.

- Los pacientes que falten repetidamente a sus citas sin aviso previo pueden tener disponibilidad limitada para futuras citas.
- Las llegadas tarde pueden ser reprogramadas o atendidas a discreción del médico.
- Las visitas sin cita podrán ser acomodadas según disponibilidad, generalmente por la tarde.

#### **REABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS**

- Los resurtidos se procesan únicamente durante el horario regular de oficina.
- Las solicitudes requieren la revisión de su expediente médico por parte del médico.
- Por favor planifique con anticipación. Las solicitudes de resurtido no se procesan fuera del horario de oficina ni tarde los viernes.
- Traer sus medicamentos o una lista actualizada de medicamentos a cada visita ayuda a evitar retrasos.



## VALLEY INTENSIVISTS, PULMONOLOGISTS AND SLEEP SPECIALISTS

1200 E. Savannah Ave. Suite 12

McAllen, TX 78503

Tel: (956) 688-6300 Fax: (956) 688-6303

### COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

- Nuestro personal está disponible durante el horario de oficina para ayudar con consultas de rutina.
- Las llamadas se devuelven lo antes posible.
- Por favor evite hacer múltiples llamadas por la misma solicitud, ya que esto puede retrasar el tiempo de respuesta.

### Importante:

Ciertos problemas médicos no pueden atenderse de manera segura por teléfono y pueden requerir una evaluación en la oficina para garantizar su seguridad.

### LLAMADAS DESPUÉS DEL HORARIO DE OFICINA

Los asuntos de rutina, incluyendo solicitudes de resurtido de medicamentos, no se atienden fuera del horario de oficina. Para problemas médicos urgentes, por favor busque la atención médica apropiada o acuda a la sala de emergencias más cercana.

### POLÍTICA FINANCIERA (RESUMEN)

- El pago es requerido al momento del servicio, incluyendo copagos, deducibles y coaseguro.
- Aceptamos efectivo, tarjetas de débito, tarjetas de crédito y cheques.

*Consulte la Política de Seguro y Responsabilidad Financiera para obtener todos los detalles.*

### QUÉ DEBE TRAER A SU VISITA

Para asegurar una atención eficiente, por favor traiga:

- Lista actual de medicamentos o los medicamentos
- Tarjeta de datos de la máquina CPAP (si aplica)
- Imágenes (CD) e informes no realizados en nuestra oficina
- Resultados de laboratorio no ordenados por nuestra oficina
- Identificación válida con fotografía
- Tarjeta de seguro vigente

### RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Al recibir atención en nuestra oficina, usted acepta:

- Mantener sus citas programadas o proporcionar aviso oportuno
- Seguir las recomendaciones de tratamiento
- Proporcionar información precisa y actualizada



**VALLEY INTENSIVISTS, PULMONOLOGISTS AND  
SLEEP SPECIALISTS**

1200 E. Savannah Ave. Suite 12  
McAllen, TX 78503  
Tel: (956) 688-6300 Fax: (956) 688-6303

**DECLARACIÓN**

Reconozco que he recibido y revisado las Guías del Paciente y Políticas de la Oficina y acepto cumplir con las expectativas descritas anteriormente.

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

Firma: \_\_\_\_\_

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