

# Welcome to Desert Bloom Family Medicine!

## **We treat patients from birth through end of life.**

Desert Bloom providers consist of a team of physicians, nurse practitioners and physician assistants. You may make an appointment with any of the providers: Christopher S. Hiler, M.D., Ethan Kennedy, D.O., Jonathan N. Chorney, M.D., Christine Rocks-Lopez, FNP-C, Teresa Hill FNP-C, Nancy Cantu, FNP-C, Noemi Pimentel FNP-C, Francisca Olibarria, FNP-C, and Marcus Rollins, FNP-C

Office hours are Monday through Friday, 7:30am to 4:30 p.m. (we do not accept phone calls during noon hour.)

### WALK-IN POLICY

As a courtesy to our patients, and when it permits, we do offer walk-in appointments. However, the times allotted for these appointments are minimal therefore walk-in appointments are not for chronic medical problems, it is for acute problems only. Walk-ins will **NOT** be seen for medication refills, lab reviews, or chronic medical conditions. Chronic medical conditions that do **NOT** qualify for walk-in appointment are things like your diabetic follow up, hypertension follow up, and pain management issues. During peak seasons such as back to school and cold/flu season we may elect not to offer walk-in appointments. **It is always best to call the office ahead of time.** By signing this form, you agree to comply with our policy. **Walk-ins are seen on a first come basis with the first available provider.**

### Electronic Medication Transmission

Desert Bloom Family Medicine uses Electronic Health Record (EHR) software to receive and transmit medication request, refills, and receive medication histories. Most medication will be filled or refilled with electronic medication transmission.

**Preferred Pharmacy Name:** \_\_\_\_\_

### Photography Consent

Your photograph is required for narcotic prescriptions. By initialing below you are allowing Desert Bloom Family Medicine to photograph you for identification purposes. Additionally, there may be times you have a condition that requires photography for management.

### HIPAA Privacy Acknowledgement

I have received the Notice of Privacy Practices and I have been provided an opportunity to review it. I authorize Desert Bloom Family Medicine to speak to the following person(s) regarding my medical conditions/needs:

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

### Telephone Communication Authorization

I authorize Desert Bloom Family Medicine to contact me and leave messages at the following numbers:

Home: \_\_\_\_\_ Cellphone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

### Email Appointment Reminder

Email: \_\_\_\_\_

Print Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

# **Bienvenidos a Desert Bloom Family Medicine!**

## **Tratamos a pacientes desde nacimiento hasta final de vida.**

Los proveedores de Desert Bloom consisten en un equipo de médicos, enfermeras practicantes y asociado médicos.

Usted puede hacer una cita con cualquiera de los proveedores: Christopher S. Hiler, M.D., Ethan Kennedy, D.O., Jonathan N. Chorney, M.D., Christine Rocks-Lopez, FNP-C, Teresa Hill, FNP-C, Nancy Cantu, FNP-C, Noemi Pimentel FNP-C, Francisca Olibarria, and Marcus Rollins FNP-C

Horas de oficina son del lunes al viernes de 7:30am a 4:30 p.m. (no aceptamos llamadas telefónicas durante horas del mediodía.)

## **WALK-IN POLÍTICA**

Como una cortesía a nuestros pacientes, y cuando lo permite, ofrecemos citas Walk-in. Sin embargo, los tiempos asignados para estos nombramientos son mínimos, por tanto, walk-in citas no son para problemas médicos crónicos, es para problemas agudos sólo. Voluntad sin cita **no** verse para recambios de medicamentos, laboratorio comentarios o condiciones médicas crónicas. Enfermedades crónicas que **no** califican para Walk-in cita son cosas como el diabético siga para arriba, seguimiento de la hipertensión y temas de manejo del dolor. Durante las temporadas pico como regreso a la escuela y frío o gripe de temporada podemos elegir no ofrecer citas Walk-in. **Siempre es mejor llamar a la oficina antes de tiempo.** Al firmar este formulario, usted acepta cumplir con nuestra política. **Sin cita se ve en un primer llegado base con el primer proveedor disponible.**

## **Transmisión electrónica de medicamentos**

Desert Bloom Family Medicine usa el sistema de registros (EHR) para recibir y transmitir la solicitud de medicamentos, rellenos, y recibir historias de medicamentos. La mayoría de medicamentos se llenan con la transmisión electrónica de medicamentos. Al firmar este formulario, usted acepta cumplir con nuestra póliza.

**Preferencia de Farmacia:** \_\_\_\_\_

## **Consentimiento de fotografía**

Su fotografía es necesaria para medicamentos narcóticos. Usted está de acuerdo y permite a Desert Bloom Family Medicine para fotografiar con los propósitos de identificación. Además, puede haber veces que usted tiene una condición que requiere la fotografía para papeleo de registro. Al firmar este formulario, usted acepta cumplir con nuestra póliza.

## **Reconocimiento de Privacidad de HIPAA**

Al recibir el aviso de practicas de privacidad eh recibido la oportunidad de revisarlo. Yo autorizo a Desert Bloom Family Medicine que hables con las personas siguientes con respeto a mis condiciones médicas.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

## **Autorización de comunicación Telefónica y Correo Electrónico**

Yo autorizo a Desert Bloom Family Medicine que me contacten y me dejen mensajes a los números correspondientes.

**Casa:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_

## **Recordatorio de cita por correo electrónico**

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Escriba el nombre de paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Sustancia Controlada

Yo, entiendo que para recibir atención para el tratamiento del dolor o el uso de medicamentos controlados, acepto y cumpliré con lo siguiente:

1. **USO DE MEDICAMENTOS:** Tomaré todos los medicamentos según lo recetado. Hablaré con el proveedor abajo firmante antes de hacer cualquier cambio en la dosis o la frecuencia de mis medicamentos. No habrá reposiciones anticipadas de medicamentos controlados sin autorización previa. Todos los medicamentos para el dolor narcótico deben obtenerse en la misma farmacia (las excepciones deben ser aprobadas por el médico abajo firmante). Me abstendré del consumo de alcohol. \_\_\_\_\_ **(inicial)**
  2. **BUSCAR RECETAS:** No solicitaré ni surtiré recetas para ningún medicamento controlado de ningún otro proveedor de atención médica (incluso dentro de nuestra oficina) a menos que lo autorice el médico abajo firmante. No acosaré ni hablaré en repetidas ocasiones con el farmacéutico o el personal de la oficina acerca de los resurtidos que pueden ser prematuros. No llamaré al médico fuera del horario de atención sobre mis resurtidos de recetas de sustancias controladas. \_\_\_\_\_ **(inicial)**
  3. **USO DE DROGAS ILEGAL Y NO PRESCRITO:** Entiendo que el uso de cualquier medicamento controlado no prescrito por el médico abajo firmante puede dar como resultado la terminación de la atención. Autorizo a la práctica a cooperar plenamente con cualquier agencia de aplicación de la ley de la ciudad, el estado o la federación, incluida la Junta de Farmacia de este estado, en la investigación de cualquier posible uso indebido, venta u otra desviación de medicamentos controlados. Autorizo a la práctica a proporcionar una copia de este acuerdo a mi farmacia. Acepto renunciar a cualquier privilegio aplicable o a la confidencialidad de la privacidad con respecto a estas autorizaciones. \_\_\_\_\_ **(inicial)**
  4. **MEDICAMENTOS PERDIDOS O ROBADOS:** Acepto proteger todos los medicamentos recetados por el médico abajo firmante y entiendo que los medicamentos perdidos o dañados no serán reemplazados. Los informes policiales no serán suficientes para obtener una nueva receta independientemente de la situación. \_\_\_\_\_ **(inicial)**
  5. **NEGACIÓN O NEGLIGENCIA PARA REALIZAR LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR EL PROVEEDOR:** Si no realiza sus análisis de laboratorio, rayos X, MRI, etc. según lo requiera nuestro proveedor antes de su próxima cita, podemos negarnos a volver a surtir su receta hasta que obtenga las pruebas que requerimos. \_\_\_\_\_ **(inicial)**
  6. **SEGUIMIENTO DE CITAS MENSUALES:** debe hacer una cita de seguimiento al salir de la oficina, si no lo hace y si llama para ingresar y no hay una cita disponible, esperará hasta la próxima cita disponible. Las recargas para sustancias controladas no se realizan sin cita previa. SIN EXCEPCIONES! \_\_\_\_\_ **(inicial)**
  7. **SANGRE ALEATORIA Y / O PANTALLAS DE MEDICAMENTOS PARA ORINA Y CONTENIDO DE PÍLDORAS:** si llamaste para ir a la oficina a buscar un filtro o píldora de drogas al azar, tienes 24 horas para ingresar a la oficina. Trae nuestro frasco original con TODOS los medicamentos llenos. De lo contrario, perderá su derecho a la recarga del próximo mes. SIN excusas \_\_\_\_\_ **(inicial)**
  8. **FINALIZACIÓN:** ya no seré elegible para recibir atención si estoy en posesión de drogas o sustancias ilícitas, tráfico controlado o sustancia ilegal, intoxicado o si soy arrestado por DUI. Si modifico mi receta de cualquier manera, venda o comparta mis medicamentos, ya no será elegible para recibir atención \_\_\_\_\_ **(inicial)**
- ENTIENDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES DE CUIDADO DESCRITAS ARRIBA Y LAS CUMPLIRÉ CON TODAS. TODAS LAS PREGUNTAS ACERCA DE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO SE HAN RESPONDIDO A MI SATISFACCIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO PUEDE RESULTAR EN LA CANCELACIÓN INMEDIATA DEL SERVICIO.**

---

<b>Nombre del paciente (imprimir)</b>	<b>Firma del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Fecha de la firma</b>
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------

---

<b>Nombre del proveedor</b>	<b>Fecha de firma</b>
-----------------------------	-----------------------

Healthy Life Corporation  
10240 W Indian School Road, Suite 155, Phoenix, Arizona, 85037  
4338 W Thomas Road, Phoenix, Arizona, 85031  
14741 W Mountain View Blvd, Surprise, Arizona, 85374  
623-385-7900

## **Advanced Beneficiary Notice of Non-Coverage (ABN)**

### **Please read and sign below:**

- Your provider may order test during your visit **DONE HERE OR AT AN OUTSIDE FACILITY** that **MAY** or **MAY NOT** be covered by your insurance policy. We do not know the limitations of YOUR policy.
- IF you decide to have these test performed and your insurance does not cover all or a portion of the costs associated with these test, **IT WILL BECOME YOUR FINANCIAL RESPONSIBILITY TO PAY FOR ANY NON-COVERED SERVICES ORDERED BY THE OFFICE.**
- **We will only use appropriate diagnosis codes relevant to your healthcare on your order for you testing or insurance claim.** Codes cannot be added or removed after your testing to try to get “non-covered” services covered. **THIS IS FRAUD**
- **Any bills you received are your financial responsibility.**
- Our office will not call insurance companies, laboratories or diagnostic imaging facilities on your behalf regarding your bills. Any appeals regarding non-covered services must be done by the patient or guarantor.
- Certain insurances require time limits for certain services such as yearly physicals, Mammograms, Pap Smears, or other kinds if testing. If you choose to have these services **before** the date your insurance states you can have each year, you may be billed and you will responsible for charges if your insurance does not cover the service. It is your responsibility to know the limitations and terms of your insurance plan.

**By signing below, I acknowledge that any services or testing ordered or done by this office will become my financial responsibility if my insurance plan does not cover the services**

**Name of Current Insurance plan(s):** \_\_\_\_\_

**Patient Name (printed):** \_\_\_\_\_ **Patient DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Patient Signature/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Healthy Life Corporation  
10240 W Indian School Road, Suite 155, Phoenix, Arizona, 85037  
4338 W Thomas Road, Phoenix, Arizona, 85031  
14741 W Mountain View Blvd, Surprise, Arizona, 85374  
623-385-7900

## **Aviso de no cobertura para beneficiarios avanzados (ABN)**

### **Por favor, lea y firme a continuación:**

- Su proveedor puede solicitar una prueba durante su visita **HECHO AQUÍ O EN UNA INSTALACIÓN EXTERNA** que **PUEDA o NO** estar cubierta por su póliza de seguro. No conocemos las limitaciones de **SU** póliza.
- Si decide realizar estas pruebas y su seguro no cubre la totalidad o una parte de los costos asociados con estas pruebas, **SE CONVERTIRÁ EN SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA PAGAR POR CUALQUIER SERVICIO NO CUBIERTO ORDENADO POR LA OFICINA.**
- Solo utilizaremos los códigos de diagnóstico apropiados que sean relevantes para su cuidado de salud en su pedido para su evaluación o reclamo de seguro. Los códigos **no se pueden agregar o eliminar** después de las pruebas para tratar de que se cubran los servicios "no cubiertos". **ESTO ES FRAUDE**
- **Cualquier factura que reciba es su responsabilidad financiera.**
- Nuestra oficina no llamará a las compañías de seguros, laboratorios o instalaciones de diagnóstico por imágenes en su nombre con respecto a sus facturas. Cualquier apelación relacionada con servicios no cubiertos debe ser realizada por el paciente o garante.
- Ciertos seguros requieren límites de tiempo para ciertos servicios tales como exámenes físicos anuales, mamografías, pruebas de Papanicolaou o de otro tipo si se realizan pruebas. Si elige tener estos servicios **antes** de la fecha que su seguro declara que puede tener cada año, se le puede facturar y usted será responsable de los cargos si su seguro no cubre el servicio. Es su responsabilidad conocer las limitaciones y los términos de su plan de seguro.

**Al firmar abajo, reconozco que cualquier servicio o prueba ordenada o realizada por esta oficina se convertirá en mi responsabilidad financiera si mi plan de seguro no cubre los servicios.**

**Nombre del plan de seguro actual:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del paciente / tutor o garante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Patient Portal Authorization Form

The patient portal is designed to improve physician and patient communication. Once you are registered as a patient and have provided us with your secure email, you will be assigned a username and password. After you register with the patient portal, you will be able to do the following through the portal:

- Update your contact information
- Request your own appointments
- Communication of laboratory results from staff to patient
- Request prescription refills
- View your medical summary, medication list, treatment history and visitation dates
- Receive reminders through your email
- View current and past billing statements

The following will NOT be available through the portal:

- Receiving advice on the best course of treatment for your medical problem. This will require a visit with your medical provider
- Request for narcotics/controlled medications. This also requires a visit with your medical provider
- Request for refill for a medication not currently being prescribed by a Desert Bloom Family Medicine provider

Online communication should never be used for urgent or emergent matters. If you have an urgent request, please call our office directly at 623-385-7900. If you are experiencing a life threatening emergency you should call 911 or proceed to the nearest emergency room.

### Patient Acknowledgement and Agreement:

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form and the policies and procedures regarding the Patient Portal that appears at log in. I understand the risks associated with online communications between my provider and me, and consent to the conditions outlined herein. In addition, I understand and agree that communication through the patient portal should not be used in the case of a medical emergency. In a medical emergency, I should dial 911 or proceed to the nearest emergency room.

Email Address to be used for the Patient portal registration and access:

---

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Patient Portal Authorization Form

You can access the patient portal from our website at [www.desertbloommedical.com](http://www.desertbloommedical.com). Click on the link that says "Patient Portal".

The patient portal is designed to improve physician and patient communication. Once you are registered as a patient and have provided us with your secure email, you will be assigned a username and password. After you register with the patient portal, you will be able to do the following through the portal:

- Update your contact information
- Request your own appointments
- Communication of laboratory results from staff to patient
- Request prescription refills
- View your medical summary, medication list, treatment history and visitation dates
- Receive reminders through your email
- View current and past billing statements

The following will NOT be available through the portal:

- Receiving advice on the best course of treatment for your medical problem. This will require a visit with your medical provider
- Request for narcotics/controlled medications. This also requires a visit with your medical provider
- Request for refill for a medication not currently being prescribed by a Desert Bloom Family Medicine provider

Online communication should never be used for urgent or emergent matters. If you have an urgent request, please call our office directly at 623-385-7900. If you are experiencing a life threatening emergency you should call 911 or proceed to the nearest emergency room.

**BELOW IS FOR OFFICIAL USE ONLY: We will provide your username & temporary Password.**

Username: \_\_\_\_\_

Temporary Password: \_\_\_\_\_