



Iker Leycegui M.D.
Concierge -Internal Medicine and Primary Care à la Carte

Querido Futuro Paciente,

Bienvenido a nuestra práctica de medicina interna y atención primaria tipo concierge. Nuestro enfoque único se centra en proporcionar atención médica personalizada y atenta, adaptada específicamente a las necesidades de cada individuo.

En una era donde la relación médico-paciente a menudo se ve impactada por factores externos, enfatizamos una conexión directa y basada en la confianza con nuestros pacientes. Nuestro compromiso es entender y abordar a fondo sus preocupaciones de salud, ofreciendo un nivel de atención que trasciende las prácticas estándar.

Nuestra práctica opera independientemente de los sistemas tradicionales de atención administrada, permitiéndonos más tiempo con cada paciente, asegurando evaluaciones completas y discusiones profundas sobre la salud. Creemos en recomendar lo que es genuinamente mejor para usted, no lo que está limitado por las pautas de seguro médicos.

Su primera visita incluirá un examen médico detallado y una evaluación completa de su historial de salud, asegurando que tenga tiempo suficiente para discutir su salud sin sentirse apurado. Además, nos esforzamos por acomodar citas el mismo día en caso de que esté enfermo.

Cosas importantes a entender:

1. El pago se realiza al momento del servicio. Nuestros honorarios son transparentes.

En nuestra práctica, estamos comprometidos a brindar atención de nivel concierge que sea de alta calidad y accesible. Aunque no aceptamos seguros, hemos estructurado nuestros honorarios para garantizar la accesibilidad, con cada visita a un precio de \$200. Este modelo accesible de pago por servicio elimina la necesidad de seguros, haciendo que la atención médica de primer nivel esté disponible para usted.

Además, nuestras visitas son globales, abarcando una gama de servicios, incluyendo inyecciones, electrocardiogramas, crioterapia, suturas, etc., y abordando cualquier otra necesidad que pueda surgir, todo incluido en el precio. Mantenemos la transparencia en los precios, y nuestras visitas son generalmente tan largas como sea necesario, usualmente de 30 a 40 minutos, para abordar a fondo los problemas médicos y asegurar la continuidad del cuidado, fomentando relaciones cercanas médico-paciente. Siempre será atendido por el Dr. Leycegui.

2. Aunque no contratamos con compañías de seguros, proporcionaremos información detallada de facturación para sus propósitos de reembolso de seguros personales.

3. ****Política de Seguimiento y Recarga de Medicamentos****Nos gustaría recordarle los siguientes aspectos importantes de su cuidado:

a) ****Responsabilidad en el Seguimiento de Estudios****Aunque estamos comprometidos a informarle de cualquier hallazgo importante de estudios o pruebas realizadas, es esencial que participe activamente en su atención médica programando citas de seguimiento. Esto asegura que cubramos de manera integral todos los aspectos de su salud y discutamos cualquier resultado de pruebas, incluso si son rutinarios o menores en naturaleza.

b) ****Recargas de Medicamentos****Para recibir recargas de medicamentos, es importante que cumpla con los plazos de seguimiento discutidos durante cada visita. Las recargas de medicamentos se proporcionarán caso por caso, dependiendo de su adherencia a estos cronogramas de seguimiento. Esta política está en lugar para asegurar el uso seguro y efectivo de los medicamentos, y para permitir ajustes necesarios o evaluaciones relacionadas con su plan de tratamiento.

Entendemos que la atención médica es un esfuerzo colaborativo, y su participación activa es crucial para obtener resultados óptimos. No dude en discutir cualquier pregunta o inquietud que tenga con respecto a esta política durante su cita.

4. Nuestro personal está comprometido a brindar un servicio excepcional, atención médica e invita a experimentar lo mejor en medicina personalizada.

5. Dr. Leycegui ha optado por no participar en Medicare- **Lo siguiente aplica solo a pacientes de Medicare:** Si no es un paciente de Medicare, no dude en saltar esta sección y proceder a completar la sección de Registros Médicos.

a) ****Reembolso de Medicare**:** Cuando un médico opta por no participar en Medicare, Medicare no reembolsará al paciente por ningún costo incurrido por servicios proporcionados por ese médico

ico. Los médicos que optan por no participar en Medicare entran en un contrato privado con sus pacientes, donde los pacientes aceptan pagar los honorarios del médico sin esperar que Medicare pague parte del costo.

b) ****Reembolso de Seguros Secundarios**:** La capacidad de obtener un reembolso de un seguro secundario depende de los términos de la póliza de seguro secundario. Algunos aseguradores secundarios pueden seguir el ejemplo de Medicare y también no reembolsar por servicios de un médico que no participa en Medicare. Otros podrían ofrecer un reembolso parcial o total dependiendo de los términos de la póliza.

- Si el seguro secundario es una póliza de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare), generalmente no cubrirá servicios de un médico que no participa en Medicare. Las pólizas de Medigap generalmente solo pagan después de que Medicare ha pagado su parte.

- Si el seguro secundario es un seguro privado separado, puede tener diferentes reglas. Es importante verificar los detalles específicos de la póliza.

c) ****Responsabilidad del Paciente**:** Los pacientes que ven a un médico que no participa en Medicare deben estar completamente informados y aceptar este arreglo, a través de un contrato privado. Deben entender que son responsables del pago completo de los honorarios del médico.

d) **Análisis de Sangre y Estudios**:**

- Si los análisis de sangre o estudios diagnósticos son realizados por un laboratorio o instalación que acepta Medicare, y si estos servicios normalmente están cubiertos por Medicare, aún deben estar cubiertos. El factor clave es si la instalación que proporciona el servicio acepta Medicare, no el médico que los ordenó.

e) ****Medicamentos**:**

- La cobertura de medicamentos recetados bajo Medicare Parte D generalmente no se ve afectada por si un médico no participa en Medicare.

- Si los medicamentos son recetas estándar que un paciente lleva a una farmacia, Medicare Parte D debería seguir cubriéndolos de acuerdo con los beneficios del plan del paciente.

- Sin embargo, si los medicamentos se administran en la oficina del médico como parte del tratamiento (como ciertas inyecciones o infusiones), y si ese médico no participa en Medicare, esos medicamentos podrían no estar cubiertos.

f) **Referencias a Especialistas:**

- Si un paciente inscrito en Medicare es referido a un especialista por un médico que no participa en Medicare, la cobertura de los servicios del especialista depende del estado de Medicare del especialista. Si el especialista participa en Medicare, los servicios deben estar cubiertos según las reglas de Medicare.

Gracias por su cooperación y compromiso con su salud.

Atentamente,

Iker Leycegui,, M.D.

****Formulario para Pacientes Nuevos****

Por favor complete tanta información como sea posible para agilizar la programación de su visita. Cualquier detalle adicional se puede discutir en persona.

- ****Nombre**:** _____

- ****Apellido****: _____
- ****Correo Electrónico****: _____
- ****Fecha de Nacimiento****: _____
- ****Dirección****: _____
(Calle, Ciudad, Código Postal, Estado, País)
- ****Sexo****: Masculino Femenino Otro _____
- ****Nombre del último médico de atención primaria/proveedor****: _____
- ****¿Cómo nos encontró?***: _____

****Diagnósticos Establecidos**** (Seleccione todo lo que aplique)

- Diabetes Hipertensión Colesterol Alto Hígado Graso
 Gota Enfermedad de la Tiroides Enfermedad de la Paratiroides Testosterona Baja
 Fibrilación Auricular Insuficiencia Cardíaca Congestiva Apnea del Sueño
 Enfermedad Renal Problemas Pancreáticos Artritis Reumatoide
 Lupus / Enfermedades Autoinmunes Asma EPOC/Enfisema
 Migraña Vértigo Convulsiones Accidente Cerebrovascular Disminución de la Audición
 Zumbido en los Oídos Psoriasis Osteoporosis/Osteopenia
 ERGE / Reflujo Úlceras Gástricas Tuberculosis Helicobacter Pylori
 Endometriosis Anemia Fibromas Uterinos Enfermedad de Crohn
 Colitis Ulcerativa SII Cálculos Renales de Calcio Cálculos Renales - No de Calcio
 Próstata Agrandada Infecciones Crónicas del Tracto Urinario
 Aneurisma Coágulos Sanguíneos Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson/Temblor
 Trastorno del Estado de Ánimo: Depresión/Ansiedad/etc. Esquizofrenia ETS

****Tipo de Cáncer**** (Seleccione todo lo que aplique)

- Próstata Mama Ovario Cervical Pulmón Cerebro
 Tiroides Hígado Oral/Garganta Laríngeo Melanoma
 Otro Tipo de Piel NO Melanoma Linfoma Leucemia Mieloma Múltiple
 Esófago
- Gástrico Pancreático Colon/Rectal Sarcoma-Muscular
 Testicular Vejiga Riñón Pene

****Cirugías / Procedimientos**** (Seleccione todo lo que aplique)

- Cesárea(s) Parto Vaginal(es) Apéndice Vesícula Biliar
 Cataratas Glaucoma Desprendimiento de Retina Córnea Tiroides
 Estómago Incluyendo Bariátrica Hernia Cadera Rodilla Hombro
 Síndrome del Túnel Carpiano Espalda-Lumbar Cuello-Cervical Histerectomía Total
 Histerectomía Parcial Extirpación de Ovario/Quiste Implantes/Reconstrucción Mamaria
 Abdominoplastia Estiramiento Facial BBL/Implantes Rinoplastia/Septoplastia
 Vasectomía Marcapasos/Desfibrilador Bypass Cardíaco Stent Cardíaco
 Cirugía Carotídea Cirugía de Aneurisma

****Problemas Actuales – Síntomas que Le Gustaría Discutir en Su Primera Visita****

****Historial Médico Pasado - Continuación: Diagnósticos/Cirugías/**

Hospitalizaciones**

****Alergias a Medicamentos**** _____

****Historial Familiar**** (Seleccione todo lo que aplique)

- Cáncer de Mama Cáncer de Ovario Cáncer de Pulmón Cáncer de Colon Cáncer de Próstata
- Infartos Accidente Cerebrovascular Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson/Temblores
- Esquizofrenia Enfermedades Autoinmunes Enfermedad de la Tiroides Colesterol Alto
- Problemas con Drogas/Alcohol Tuberculosis Asma Alergias

****Ocupación****: _____

(Si está jubilado, ocupación anterior. ¿Exposición a químicos/compuestos peligrosos?)

****Preguntas sobre Estilo de Vida****

- ****Alcohol****: Bebidas por semana en promedio _____
- ****Ejercicio****: Sesiones de 30 minutos o más por semana _____
- ****Café****: Tazas/Shots por día _____
- ****Drogas Recreativas****: _____
- ****Estado de Fumador de Tabaco****: Fumador No Fumador Exfumador

****Exámenes de Salud y Vacunaciones****

- ****Tomografía Computarizada para Detección de Cáncer de Pulmón****: _____
- ****Colonoscopia****: Última fecha _____
- ****Mamografía****: Última fecha _____
- ****Papanicolau****: Última fecha _____
- ****Nombre GINE****: _____
- ****Prueba de Densidad Ósea****: Última fecha _____
- ****Prueba PSA****: Última fecha _____
- ****Cateterismo Cardíaco****: Fecha _____
- ****Prueba de Esfuerzo****: Fecha _____
- ****Vacunaciones****: Tétanos Influenza Neumonía Tuberculosis COVID-19

****Historial de Enfermedades Infecciosas / Desarrollo**** (Seleccione todo lo que aplique)

- Sarampión Paperas Rubéola Varicela Tos Ferina
- Difteria Hepatitis A Hepatitis C Hepatitis B Helicobacter Pylori
- VPH Herpes Tipo 1 Herpes Tipo 2 Tuberculosis COVID-19

****Medicamentos Actuales**** (puede adjuntar lista)

****Número de Teléfono Principal para Contacto****

****Información de Contacto de Emergencia****

- ****Nombre****: _____

- ****Número de Teléfono****: _____

****Consentimiento de Comunicación****

- Sí, doy mi consentimiento para ser contactado a través de correo electrónico, mensajes de texto y llamadas de voz.

****Información del Seguro****Aunque no aceptamos seguros, aún requerimos información de seguro para enviar electrónicamente análisis de sangre, radiología y otras pruebas. Por favor, proporcione los detalles a continuación. Alternativamente, puede proporcionar esta información durante su visita.

Nombre y Firma _____



Iker Leycegui M.D.

Concierge -Internal Medicine and Primary Care à la Carte

145 NW Central Park Plaza Suite 101

Port Saint Lucie, Florida 34986

Phone: (772) 8731919

Fax: (772) 8731171

primarycareflorida@gmail.com

****Autorización para la Liberación de Información de Salud del Paciente****

****Información del Paciente****

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Liberación de:

Por la presente autorizo la liberación de mis registros médicos como se describe a continuación:

****Registros a Liberar****

Desde: [Fecha Inicial] _____ Hasta: [Fecha Final] _____

Resumen Médico Informes de Laboratorio Informes de Imágenes Información de Prescripciones Otro:

****Propósito de la Liberación****

Continuidad de la Atención Uso Personal Legal Seguro Otro:

****Método de Entrega** (marque uno)**

Correo Fax Email Recogida por el Paciente

Otro: _____

****Derechos del Paciente****

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a [Nombre de la Práctica/Hospital]. Soy consciente de que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha liberado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede ser sujeta a nueva divulgación por el receptor y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.