

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE RECIBO PARA PACIENTES FUERA DE LA RED



1 (800) 300-OMNI (66 64) • www.OmniFamilyHealth.org

Gracias por confiarle su atención médica a Omni Family Health (OFH). Para que Omni siga ofreciéndole la mejor experiencia como paciente, le recomendamos que cambie su proveedor de atención primaria a Omni Family Health. Esto nos dará la oportunidad de procesar pedidos, recetas de medicamentos y remisiones de atención especializada, informarlo de los resultados médicos o de laboratorio a través de nuestro Patient Portal (Portal del paciente), y, lo más importante, le permitirá crear una relación sólida con su proveedor de atención primaria (PCP) para la continuidad de la atención.

Después de la primera consulta, para continuar con la atención médica en Omni, deberá cambiar su proveedor de atención primaria con su plan médico a Omni Family Health. Si no hace este cambio, puede haber demoras en las remisiones, los medicamentos, otro tipo de atención médica crítica y se pueden denegar servicios que normalmente coordina su proveedor de atención primaria, lo que puede afectarle a nivel económico.

Al firmar este formulario de reconocimiento de recibo para pacientes fuera de la red, usted reconoce que un miembro del personal de Omni Family Health lo informó de que actualmente usted está fuera de la red y de los cambios que deberá hacer para continuar como paciente en Omni Family Health. Si necesita ayuda para comunicarse con el plan médico, un especialista en acceso para pacientes le ayudará hoy.

Yo, _____, reconozco que Omni Family Health me informó de que actualmente no estoy asignado a este centro para recibir servicios de atención primaria. Me informaron de mi proveedor de atención primaria asignado y de su ubicación. Quiero cambiar mi proveedor de atención primaria a Omni Family Health y recibir ayuda para hacer ese cambio.

Yo, _____, entiendo que no estoy asignado a Omni Family Health y **NO** quiero cambiar mi PCP en este momento. Además, entiendo y reconozco que no podré pedir citas con Omni Family Health en el futuro.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Omni Family Health: _____ Fecha: _____