



Austin OB/GYN Jeff E. Hagen M.D.

Forma de Registro y Acuerdo de Responsabilidad Informacion del Paciente**PACIENTE:**

Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: M / F
 Estado Marital: _____ Fecha de
 Nacimiento: _____
 Numero de Seguro Social: _____
 Telefono: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ TX Zona
 Postal: _____
 Lugar De Empleo: _____ Telefono del
 Trabajo: _____
 Direccion de Correo Electronico: _____

INFORMACION DE EL GARANTE:

Nombre del esposo/padre/madre: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ TX Zona
 Postal: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____
 Lugar De Empleo: _____ Telefono: _____

INFORMACION DE LA ASEGURANSA:

Nombre de la compania de aseguransa: _____
 Nombre del dueno de la poliza: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Numero de Seguro Social: _____ Numero de Poliza: _____
 Parentesco con el paciente: _____

Acuerdo de Autorizacion y Responsabilidad

Su pago se vence cuando se da el servicio. Si somos proveedores de su aseguransa, le mandaremos el cobro a su aseguransa y solamente colectaremos la porcion de la cual usted es responsable al momento del servicio. El dia de su visita necesitamos la informacion correcta para poder remitir el cobro, de lo contrario usted podria ser responsable del pago complete por sus servicios. Las aseguransas pueden variar en la cobertura de cuidados de prevencion, evaluaciones fisicas, e inmunizaciones. Favor de verificar todas las opciones de cobertura de su plan antes de hacer cita para cualquier servicio. Se le cobrara al paciente por cualquier balance de servicios sin cobertura.

Yo autorizo el cuidado medico y acepto la responsabilidad financier por mi cuidado y el de mis hijos menores de edad. Soy responsable de todos los honorarios con referencia a mi cuidado de salud, y voy a asegurarme de que mi cuanta este saldada en un tiempo razonable.

Autorizo el compartir mi informacion medica u otra informacion necesaria para poder procesar mi cuenta.

 Firma del Paciente o Representante Autorizado del Paciente

 Fecha

301 Hwy 71 W Suite 111 • Bastrop, TX 78602
 18801 Hwy 290 East Suite 100 • Elgin, Texas 78621
 2410 E. Riverside Dr. Suite G2 • Austin, TX 78741
 1711 S. Colorado Street Suite E • Lockhart, TX 78644
 7112 Ed Bluestein Blvd Suite 105 • Austin, TX 78723
 Phone: (512) 445-4800 Fax: (512) 308-9649



Austin OB/GYN Jeff E. Hagen M.D.

Confidencialidad Del Paciente

Habra ocasiones cuando tengamos que comunicarnos con usted por manera telefonica. Estamos obligados a compartir alguna o toda la informacion relacionada con el cuidado del paciente solamente con aquellas personas que sea expecificamente autorizada por el paciente o personas legalmente responsables del paciente. Favor de llenar y firmar el cuestionaria para que esta claro cuales son sus deseos con referencia a este asunto.

1. Podremos dejar informacion confidencial en su:

Buzon de mensajes en casa? SI o NO
Buzon de mensajes en el trabajo o telefono celular? SI o NO

2. Favor de escribir los nombres de las personas con las cuales podemos compartir su informacion confidencial.

NOMBRE

PARENTESCO AL PACIENTE

NOMBRE

PARENTESCO AL PACIENTE

NOMBRE

PARENTESCO AL PACIENTE

FIRMA

FECHA

Por Favor proporcione dos nombres con quien nos podemos communicar en caso de una emergencia:

Nombre Y numero de telefono

Nombre Y numero de telefono

Tiene un Testamento Vivo? SI / NO

301 Hwy 71 W Suite 111 • Bastrop, TX 78602
18801 Hwy 290 East Suite 100 • Elgin, Texas 78621
2410 E. Riverside Dr. Suite G2 •Austin, TX 78741
1711 S. Colorado Street Suite E • Lockhart, TX 78644
7112 Ed Bluestein Blvd Suite 105 • Austin, TX 78723
Phone: (512) 445-4800 Fax: (512) 308-9649



Austin OB/GYN

Jeff E. Hagen M.D.

Poliza De Finanzias: _____
Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Poliza basica el pago por los servicios debera saldarse por complete al momento de render los servicios en nuestra oficina. Aceptamos efectivo, tarjeta de credito y checkes personales.

Para nuestros pacientes con aseguransa: Procesaremos los documentos de reembolso para la mayoria de las aseguransas, si nos proporciona los documentos necesarios, sin embargo todas las aseguransas secundarias seran la responsabilidad del paciente – la unica excepcion es para los pacientes con Medicare, los cuales han hecho previos arreglos transporte de cobros automatic. Los contribuciones y deducibles par alas aseguransas se cobraran cuando se rinde el servicio. Ya que el acuerdo con su aseguransa medica es privada, de rutina no investigamos la razon porque su aseguransa no a pagado o porque pago menos de lo anticipado por su cuidado. Se me ha explicado que las aseguransas tienen una limitacion de responsabilidad en la cual informan de todos los cobros seran procesados de acuerdo al plan de disposicion al tiempo que se reciba el cobro y no existen garantias de cobertura. Yo estoy de acuerdo en pagar todos los costos que no sea cubiertos bajo mi aseguransa o variantes de lo que el plan de beneficios dice. Si una aseguransa no cubre el costo en 60 dias de cuando se mando l afactura, el costo professional se vence y es pagable por complete y la responsabilidad es de usted. Favor de notar: la verificacion de cobertura no es garantia de pago. Usted se considera responsable por todas las visitas, laboratorio y procedimientos medicos que no sean cubiertos por su aseguransa.

DECLARACION DE COBRO: Favor de anotar: Habra un costo de \$5.00 dlls como declaracion de cobro agregado a su cuenta si nuestra oficina necesita mandar un Segundo recordatorio de pago.

COLECCIONES: Las Facturas que sean saldadas despues de tres intentos se tranferiran a agencia de colocciones. Se agregara un 25% de interes por el COBRO del proceso a mi cuenta trasferida a la agencia de colecciones.

PACIENTES CON MEDICARE: Nosotros **ACEPTAMOS** asignacion con Medicare. Mandaremos sus facturas a Medicare. No mandaremos facturas a aseguransas secuandarias; la unica excepcion es si usted a hecho previos arreglos para un cruce automatic de aseguransas. Todas las facturas deberan saldarse en el momento que se prove el servicio.

PACIENTES CON PAGO POR SERVICIO: Aceptamos pacientes con pago por servicio, la facture debera cubrirse por complete al momento que el servicio se le prove en nuestra oficina.

INFORMACION; SI USTED APLICA PARA EL PROGRAMA DE MEDICAID DESPUES DE AVER RECIVIDO EL SERVICIO A SI NO NOS INFORMA DE SU APROVACION CON MEDICAID EL DIA DEL SERVICIO, ESTA OFICINA N OACEPTA MEDICAID RETROACTIVO POR LO TANTO NO MANDAREMOS LAS FACTURAS AL MEDICAID POR SERVICIOS YA RECIVIDOS Y NO DAREMOS REEMBOLSOS. CUALQUIER OTRAS VISITAS SUBSECUENTES SE COBRARAN A MEDICAID Y SERA UN REQUISITO QUE USTED SIGA LAS POLISAS DE PACIENTES DE MEDICAID. [REDACTED] INICIALES DEL PACIENTE.

PACIENTES CON MEDICAID: Todos los pacientes con Medicaid, necesitan mostrar su targeta de aseguransa vigente.

301 Hwy 71 W Suite 111 • Bastrop, TX 78602
18801 Hwy 290 East Suite 100 • Elgin, Texas 78621
2410 E. Riverside Dr. Suite G2 • Austin, TX 78741
1711 S. Colorado Street Suite E • Lockhart, TX 78644
7112 Ed Bluestein Blvd Suite 105 • Austin, TX 78723
Phone: (512) 445-4800 Fax: (512) 308-9649



Austin OB/GYN

Jeff E. Hagen M.D.

PAGOS DE CIRUGIAS: Todos los co-pagos, deductibles y pagos por procedimientos quirurgicos se deben cubrir antes de la cirugia. Su aseguransa podria requerir previa autorizacion.

SERVICIOS SIN COVERTURA: Cualquier cuidado que no sea cubierto por su aseguransa actual requerira pago total al momento que se proporciona el servicio o cuando la aseguransa niegue el pago.

LASTIMADURAS PERSONALES: Esta oficina no manda cobro por accidents de automobille, obligacion o casos relacionados con pleitos legales. Usted es responsable de los costos al momento del servicio. No aceptamos cargas o hipotecas

EXAMENES ANUALES DE SALUD: Exámenes de salud periodicamente podria ser o no ser cubiertos por su poliza de aseguransa de salud; sin embargo, podria ser un requisito de su proveedor.

FALTAR A SU CITA: Para ecualidad a los otros pacientes y su proveedor, requerimos una notificacion por lo menos 24 horas antes de cancelar su cita. Existe un cobro de \$20 dlls por romper su cita.

POLIZA DE CHEQUES SIN FONDOS: Los cheques sin fondos necesitaran cubrir el costo de su facture por complete en efectivo mas \$30 dlls.

COPIAS DE EXPEDIENTE MEDICO: El costo por copias de expediente es \$25.00 dlls.

PACIENTES CON MEDICARE: FIRMA DE ARCHIVO: Yo autoriza y solicito el pago de Medicare por mis servicios se haga a mi o directamente a favor de Dr Jeff E. Hagen, M.D. por los servicios que se me proporcionaron por el proveedor. Yo autoriza que cualquier informacion medica se proporcione la Helath Care Financing Administration y sus agentes para determinar los beneficios pagables para los servicios proporcionados. Yo entiendo que por medio de mi firma se solicita que el pago se haga y autorizo a que provean la informacion medica necesaria para pagar el cobro. Si "otra aseguransa de salud" se indica en el articulo 9 de la forma HCFA-1500 o en cualquier otro lugar en la forma de solicitud de pago o solicitud de pago electronico, mi firma autoriza el divulgar la informacion a la aseguransa o agencia.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Numero de Medicare del paciente: _____

Fecha: _____

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANSA MEDICA: PACIENTES CON ASEGURANSA POR FAVOR DE LEER Y FIRMAR:

Yo por este medio asigno a Dr. Jeff E. Hagen, M.D. todos mis beneficios medicos y/o quirurgicos, incluyendo beneficios medicos mayores a los cuales tengo derecho, por aseguransa privada u otro plan de salud. Esta asignacion permanecera en efecto hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignacion se considera tan validad como su original. Yo entiendo que soy responsable de las finanzas por todos los cargos si o no son pagados por la aseguransa. Yo por este medio autorizo al Dr. Jeff E. Hagen, M.D. compartir toda mi informacion necesaria para colectar el pago.

301 Hwy 71 W Suite 111 • Bastrop, TX 78602
18801 Hwy 290 East Suite 100 • Elgin, Texas 78621
2410 E. Riverside Dr. Suite G2 • Austin, TX 78741
1711 S. Colorado Street Suite E • Lockhart, TX 78644
7112 Ed Bluestein Blvd Suite 105 • Austin, TX 78723
Phone: (512) 445-4800 Fax: (512) 308-9649



Austin OB/GYN

Jeff E. Hagen M.D.

Firma: _____ Fecha: _____

Yo e leído, entiendo y estoy de acuerdo con la polisa de finanzas y pagos de los honorarios profesionales.

Consentimiento para Ultrasonido Obstretico

Durante su embarazo el doctor le recomendara un ultrasonido. Un ultrasonido obstretico es un metodo de crear fotografias del bebe usando pulsaciones cortas de sonido. Estas pulsaciones de sonido son reflejadas por las partes del cuerpo y los ecos son detectados y usados para construir las fotografias. No se sabe que exista peligro para el bebe por estos pulsos de sonido. Las recomendaciones para este examen vienen de las preguntas que existen acerca de su embarazo. La informacion que el ultrasonido puede proporcionarnos incluyen:

- Que tanto tiempo tiene de embarazo.
- Si usted tiene un embarazo multiple (gemelos)
- Si tiene la cantidad de liquid amniotico adecuado para su bebe.
- Que tan bien su bebe esta creciendo.
- Si la cabeza del bebe esta hacia arriba o hacia abajo.
- Si la placenta esta dentro de la matriz.

Los resultados nos dara mas informacion para proporcionar un mayor cuidado a usted y a su bebe. Si existiera alguna razon para sospechar un defecto de nacimiento, como historia familiar o un examen genetico anormal, podria se usted referida a un centro especializado para evaluar ese defecto. Un ultrasonido no es capas de eliminar completamente la posibilidad de un defecto de nacimiento. Aun cuando el ultrasonido muestre normal, no prodremos garantizar un bebe perfectamente normal.

Los ultrasonidos son hechos por razones medicas y necesarias, si el doctor puede observar el sexo del bebe durante el ultrasonido el se lo comunicara. El examen no se hace para determinar el sexo de el bebe. Como el servicio este no es medicalmente necesario no se le cobra a la aseguransa. Habra un costo de \$50.00 que debera cubrirse al momento del servicio. El pagar por el untrasonido no se asegura que el doctor podra observar el sexo de su bebe.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

301 Hwy 71 W Suite 111 • Bastrop, TX 78602
18801 Hwy 290 East Suite 100 • Elgin, Texas 78621
2410 E. Riverside Dr. Suite G2 • Austin, TX 78741
1711 S. Colorado Street Suite E • Lockhart, TX 78644
7112 Ed Bluestein Blvd Suite 105 • Austin, TX 78723
Phone: (512) 445-4800 Fax: (512) 308-9649



Austin OB/GYN Jeff E. Hagen M.D.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

Consentimiento para tratamiento por una Enfermera Especialista y/o un Asistente Medico

Este consultorio tiene como empleada una enfermera especialista y/o un asistente medico para asistir en el cuidado medico.

Un asistente medico no es un doctor. Un asistente medico es graduado de curso con certificado y tiene licencia del el Estado. Bajo l asupervision de un medico, un asistente medico puede diagnosticar, tartar y controlar enfermedades cronicas o agudas, asi como tambien el cuidado para el mantenimiento de la salud.

Una enfermera especialista no es un doctor. Una enfermera especialista es una enfermera registrada, quien ha recibido educacion avanzada y entrenamiento en la provision del cuidado de salud. Una enfermera especialista puede diagnosticar, tartar y controlar y, enfernedades cronicas o agudas, asi como tambien el cuidado para el mantenimiento de la salud.

La supervision no require la presencia fisica constant del medico supervisor, pero una supervision de las actividades y aceptar l aresponsabilidad por los servicios medicos que proven.

Yo e leído lo anterior, y doy consentimiento para recibir servicios de una enfermera especialista o de un asistente medico para mi cuidado de salud necesarios.

Yo entiendo que a cualquier hora, yo puedo rehusar ver a la enfermera especialista o al asistente medico y pedir ver a mi doctor Jeff E. hagen, MD. Favor de esta peticion al hacer la cita.

Nombre del paciente

Fecha



Austin OB/GYN
Jeff E. Hagen M.D.

AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Revise el aviso de las prácticas de privacidad, la cual explican como mi información será divulgada.
Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este documento.
Favor de notar copia de documento adjunto.

Firma del paciente

Fecha

301 Hwy 71 W Suite 111 • Bastrop, TX 78602
18801 Hwy 290 East Suite 100 • Elgin, Texas 78621
2410 E. Riverside Dr. Suite G2 • Austin, TX 78741
1711 S. Colorado Street Suite E • Lockhart, TX 78644
7112 Ed Bluestein Blvd Suite 105 • Austin, TX 78723
Phone: (512) 445-4800 Fax: (512) 308-9649



Austin OB/GYN

Jeff E. Hagen M.D.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, léalo detenidamente. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.

NUUESTRO DEBER LEGAL:

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información médica. También se nos requiere que le demos este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este aviso entra en vigor 06/01/2004 y permanecerá en efecto hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean aplicables a toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible bajo petición. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos utilizar y divulgar información de salud acerca de su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o revelar su información de salud a un médico u otro profesional de la salud que proporciona tratamiento a usted.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le brindamos.

Operaciones de Salud: Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con sus operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen la evaluación de la calidad y mejorar las actividades, revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación profesional y de desempeño de los proveedores, los programas de formación de conducción, acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales actividades.

Divulgación y Autorización: Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estaba vigente. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los que se describen en este aviso. No vamos a ver a su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

Para su familia y amigos: Debemos revelar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con el cuidado de la salud o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted acepta que podemos hacerlo.

Las personas involucradas en el cuidado: podemos usar o divulgar información médica para notificar o asistir en la notificación (incluyendo identificar o localizar a) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su condición general, o muerte. Si usted está presente, entonces antes de su uso o divulgación de incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir a una persona a recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud.

Requisitos legales: Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido para ello por la ley.

Abuso o Negligencia: Se nos permite divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

Problemas de seguridad: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a la institución correccional o al funcionario policial que tenga la custodia legal o la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE BAJO HIPAA

Acceso: Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no podemos prácticamente hacerlo. (Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. Vamos a cobrar una tarifa basada en el costo razonable por los gastos, tales como copias y tiempo del personal usted también puede solicitar acceso enviando una carta a la dirección que aparece al final de este Aviso Si solicita copias, le cobraremos \$ 0 - \$ 25.00 por el tiempo del personal para localizar y copiar su información de salud, y el franqueo si desea que las copias enviadas por correo a usted. Si usted solicita un formato alternativo, se le cobrará una tarifa basada en el costo de proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud para una cuota. Contáctenos usando la información que aparece al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de honorarios.)

Auditoría de las Revelaciones: Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los cuales nosotros o nuestros asociados de negocios divulgamos su información de salud para propósitos distintos al tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y ciertas otras actividades, durante al menos 6 años. Si usted solicita esta información contable más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable, basado en la cuna para responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación alternativa de información confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. (Usted debe hacer su solicitud por escrito). Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria cómo los pagos serán manejados bajo los medios o el lugar alternativos que solicita.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que se corrija su información médica. (Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

La notificación electrónica: Si usted recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir esta notificación en forma escrita.

Preguntas y quejas: Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contacte con nosotros.

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que comunicar con usted por medios alternativos o

301 Hwy 71 W Suite 111 • Bastrop, TX 78602
18801 Hwy 290 East Suite 100 • Elgin, Texas 78621
2410 E. Riverside Dr. Suite G2 • Austin, TX 78741
1711 S. Colorado Street Suite E • Lockhart, TX 78644
7112 Ed Bluestein Blvd Suite 105 • Austin, TX 78723
Phone: (512) 445-4800 Fax: (512) 308-9649



Austin OB/GYN

Jeff E. Hagen M.D.

en lugares alternativos , puede quejarse con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito a la U. S Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja a petición . Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. .

301 Hwy 71 W Suite 111 • Bastrop, TX 78602
18801 Hwy 290 East Suite 100 • Elgin, Texas 78621
2410 E. Riverside Dr. Suite G2 • Austin, TX 78741
1711 S. Colorado Street Suite E • Lockhart, TX 78644
7112 Ed Bluestein Blvd Suite 105 • Austin, TX 78723
Phone: (512) 445-4800 Fax: (512) 308-9649