

El acuerdo de miembro del paciente español se incluye después de la última página en inglés.

KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC

PATIENT AGREEMENT

Updated 11-1-2023

This Patient Agreement (Agreement) is between **KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC** (the Practice, Us or We), and _____ (Patient, Member, or You).

Background

The Practice, located at **4300 S BUSINESS HWY 281, EDINBURG, TX 78539** provides ongoing primary care medicine to its Members in a direct pay, membership model (DPC). In exchange for certain periodic fees, the Practice agrees to provide You with the Services described in this Agreement under the terms and conditions contained within.

Nonmember patients pay per visit rather than monthly.

Employees/Students/Volunteers of Rio Grande Bible Institute Inc. are subject to this agreement with the exception that payments are handled according to the contract between Kohl Direct Family Care PLLC and Rio Grande Bible Institute Inc. Employees/Students/Volunteers of Rio Grande Bible Institute Inc. may request a copy of the contract by emailing office@kohldfc.com

Definitions

- 1. Services.** In this Agreement, "Services" means the collection of services, medical and non-medical, which are described in Appendix A (attached and incorporated by reference), which We agree to provide to You under the terms and conditions of this Agreement.
- 2. Patient.** In this Agreement, "Patient," "Member," "You" or "Yours" means the persons for whom the Practice shall provide care, who have signed this Agreement, and/or whose names appear in Appendix B (attached and incorporated by reference).

Agreement

- 3. Term.** This Agreement will last for one year, starting on the date it is fully executed by the parties.
- 4. Renewal.** The Agreement will automatically renew each year on the anniversary date of the Agreement unless either party cancels the Agreement by giving 30 days written notice.
- 5. Termination.** Either party can cancel this Agreement at any time by giving 30 days' written notice to the other of intent to terminate.
- 6. Payments and Refunds – Amounts and Methods.**

A. In exchange for the Services described in Appendix A, You agree to a monthly payment (or Membership Fee) in the amount which appears in Appendix C, which is attached and

incorporated by reference;

- a. The Membership Fee shall be due on the day of the 1st doctor appointment and subsequently on the 1st business day of every month. The membership fee will not be prorated. No new non-urgent appointments will be made for members who have not paid by the 15th of that month. Failure to pay by the 1st day of the 2nd unpaid month will result in cancellation of the membership.
- B. Cancellations, Rescheduling, and No Shows
- a. In order to ensure our availability for patients when they need care, we ask all patients to arrive at their scheduled appointments on time.
 - b. If you need to cancel or reschedule, call or text the office manager 956-436-5400 as soon as possible. There is no penalty for canceling or rescheduling at least 24 hours in advance.
 - c. If you cancel or reschedule less than 24 hours before your appointment time, nonmembers will have to pay a fee equal to the charge for the missed appointment.
 - d. If you do not show up for your scheduled appointment, nonmembers will have to pay a fee equal to the charge for the missed appointment.
 - e. If you arrive late, your provider will determine if there is sufficient time to complete the visit. If you complete the visit, there is no fee. If there is insufficient time for the visit, nonmembers will have to pay a fee equal to the charge for the missed appointment.
 - f. Members who are more than 15 minutes late, no show, or cancel with less than 24 hours notice will be charged a fee equal to the monthly membership fee.
- C. The Parties agree that the required method of payment shall be by automatic payment through a debit or credit card or automatic bank draft, unless the Practice gives written approval for payment by cash or check.

7. Early Termination. If You cancel this Agreement by text, email, or mail by the 25th day of the month, We will cancel any membership fees for the next month. If You cancel this Agreement by text, email, or mail after the 25th day of the month, You will be charged for the next month, but We will cancel any membership fees for the month following the next month.

8. Non-Participation in Insurance. The Practice does not participate with any health plans, HMO panels, or any other third-party payor. As such, we may not submit bills or seek reimbursement from any third-party payors for the Services provided under this Agreement.

9. Medicare/Medicaid. The Patient understands that Dr. Kohl is opted out of Medicare/Medicaid. As a result, both the Patient and the Practice shall be prohibited by law from seeking reimbursement from Medicare/Medicaid for any Services provided under this Agreement. Accordingly, the Patient agrees not to submit bills or seek reimbursement from Medicare/Medicaid for any such services. Furthermore, if the Patient is eligible or becomes eligible for Medicare/Medicaid during the term of this Agreement, the Patient agrees to immediately inform the Practice and sign the Medicare/Medicaid private contract as provided and required by law. Dr. Kohl will not be responsible for paperwork relating to coverage of products and services provided outside of the Practice.

10. This Agreement Is Not Health Insurance. The Patient has been advised and understands that this Agreement is not an insurance plan. It does not replace any health coverage that the Patient may have, and it does not fulfill the requirements of any federal health coverage

mandate. This Agreement does not include hospital services, emergency room treatment, or any services not personally provided by the Practice or its staff. This Agreement includes only those Services identified in Appendix A. If a Service is not specifically listed in Appendix A, it is expressly excluded from this Agreement. The Patient acknowledges that We have advised them to obtain health insurance that will cover catastrophic care and other services not included in this Agreement. Patients are always personally responsible for the payment of any medical expenses incurred for services not included under this Agreement.

11. Communications. The Practice endeavors to provide Patients with the convenience of a wide variety of electronic communication options. Although we are careful to comply with patient confidentiality requirements and make every attempt to protect Your privacy, communications by email, facsimile, video chat, cell phone, texting, and other electronic means, can never be absolutely guaranteed secure or confidential methods of communications. By placing Your initials at the end of this agreement, You acknowledge the above and indicate that You understand and agree that by initiating or participating in the above means of communication, you expressly waive any guarantee of absolute confidentiality with respect to their use. You agree to receive (you "opt in" to receiving) SMS text messages from our organization related to services that we are providing to you. Message and data rates may apply, and message frequency varies. You may text us STOP at any time to opt out of receiving SMS text messages from us. You may text us HELP at any time to receive help. You further understand that participation in the above means of communication is not a condition of membership in this Practice; that you are not required to initial this clause; and that you have the option to decline any particular means of communication.

12. Email and Text Usage. By providing an email address on the attached Appendix B, the Patient authorizes the Practice and its staff to communicate with him/her by email regarding the Patient's "protected health information" (PHI).¹ By providing a cell phone number in Appendix B and checking the "YES" box on the corresponding consent question, the Patient consents to text message communication containing PHI through the number provided. The Patient further understands and acknowledges that:

- A. Email and text message are not necessarily secure methods of sending or receiving PHI, and there is always a possibility that a third party may gain access;
- B. Email and text messaging are not appropriate means of communication in an emergency, for dealing with time-sensitive issues, or for disclosing sensitive information. Therefore, in an emergency or a situation that could reasonably be expected to develop into an emergency, the Patient agrees to call 911 or go to the nearest emergency care facility.

13. Technical Failure. Neither the Practice nor its staff will be liable for any loss, injury, or expense arising from a delay in responding to the Patient when that delay is caused by technical failure. Examples of technical failures: (i) failures caused by an internet or cell phone service providers; (ii) power outages; (iii) failure of electronic messaging software, or email providers; (iv) failure of the Practice's computers or computer network, or faulty telephone or cable data transmission; (iv) any interception of email communications by a

¹ As that term is defined in the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 and its implementing regulations.

third party which is unauthorized by the Practice; or (v) Patient's failure to comply with the guidelines for use of email or text messaging, as described in this Agreement.

14. Physician Absence. From time to time, due to such things as vacations, illness, or personal emergency, the physician may be temporarily unavailable. When the date/s of such absences are known in advance, the Practice shall give notice to Patients so that they may schedule non-urgent care accordingly. During unexpected absences, Patients with scheduled appointments shall be notified as soon as practicable, and appointments shall be rescheduled at the Patient's convenience. If during physician's absence, the Patient experiences an acute medical issue requiring immediate attention, the Patient should proceed to an urgent care or other suitable facility for care. Charges from Urgent Care or any other outside provider are not included under this Agreement and are the Patient's responsibility. The Patient may, however submit such charges to their health plan for reimbursement consideration or request that the outside provider do the same. The Patient is responsible for understanding the coverage rules of their health plan, and We cannot guarantee reimbursement.

15. Dispute Resolution. Each party agrees not to make any inaccurate or untrue and disparaging statements, oral, written, or electronic, about the other. We strive to deliver only the best of personalized patient care to every Member, but occasionally misunderstandings arise. We welcome sincere and open dialogue with our Members, especially if we fail to meet expectations, and We are committed to resolving all Patient concerns.

Therefore, in the event that a Member is dissatisfied with, or has concerns about, any staff member, service, treatment, or experience arising from their membership in this Practice, the Member and the Practice agree to refrain from making, posting or causing to be posted on the internet or any social media, any untrue, unconfirmed, inaccurate, disparaging comments about the other. Rather, the Parties agree to engage in the following process:

- A. Member shall first discuss any complaints, concerns, or issues with their physician;
- B. The physician shall respond to each of the Member's issues or complaints;
- C. If, after such response, Member remains dissatisfied, the Parties shall enter into discussion and attempt to reach a mutually acceptable solution.

16. Monthly Fee and Service Offering Adjustments. In the event that the Practice finds it necessary to increase or adjust monthly fees or Service offerings before the termination of the Agreement, the Practice shall give 30 days' written notice of any adjustment. If Patient does not consent to the modification, Patient shall terminate the Agreement in writing prior to the next scheduled payment.

17. Change of Law. If there is a change of any relevant law, regulation or rule, which affects the terms of this Agreement, the parties agree to amend it only to the extent that it shall comply with the law.

18. Severability. If any part of this Agreement is considered legally invalid or unenforceable by a court of competent jurisdiction, that part shall be amended to the extent necessary to be enforceable, and the remainder of the Agreement will stay in force as originally written.

19. Amendment. Except as provided within, no amendment of this Agreement shall be binding

on a party unless it is in writing and signed by all the parties.

- 20. Assignment.** Neither this Agreement nor any rights arising under it may be assigned or transferred without the agreement of the Parties.
- 21. Legal Significance.** The Patient acknowledges that this Agreement is a legal document that gives the parties certain rights and responsibilities. The Patient agrees that they are suffering no medical emergency and has had reasonable time to seek legal advice regarding the Agreement and have either chosen not to do so or have done so and is satisfied with the terms and conditions of the Agreement.
- 22. Miscellaneous.** This Agreement is to be construed without regard to any rules requiring that it be construed against the drafting party. The captions in this Agreement are only for the sake of convenience and have no legal meaning.
- 23. Entire Agreement.** This Agreement contains the entire Agreement between the parties and replaces any earlier understandings and agreements, whether written or oral.
- 24. No Waiver.** Either party may choose to delay or not to enforce a right or duty under this Agreement. Doing so shall not constitute a waiver of that duty or responsibility and the party shall retain the absolute right to enforce such rights or duties at any time in the future.
- 25. Jurisdiction.** This Agreement shall be governed and construed under the laws of the State of Texas. All disputes arising out of this Agreement shall be settled in the court of proper venue and jurisdiction for the Practice.
- 26. Notice.** Written Notice, when required, may be achieved either through electronic means at the email address provided by the party to be noticed or through first-class US Mail. All other required notice must be delivered by first-class US mail to the Practice at: **4300 S BUSINESS HWY 281, EDINBURG, TX 78539** and to the Patient, at their address provided in Appendix B.

The Parties agree that throughout this agreement and it's attachments, checking the appropriate box next to their name will constitute an electronic signature and shall be valid to the same extent as a handwritten signature.

For: KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC

 By Daniel Kohl DO

Date

Patient:

Printed Name: _____ Date

Acknowledgement of receipt of notice and consent to use and disclose health information

Read before signing the Acknowledgement and Consent

This acknowledgement of notice and consent authorizes Kohl Direct Family Care to use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations purposes.

Notice of Privacy Practices. Kohl Direct Family Care has a Notice of Privacy Practices, which describes how we may use and disclose your protected health information and how you can access your protected health information and exercise other rights concerning your protected health information. You may review our current notice on kohldfc.com or a paper copy in the office prior to signing this acknowledgement and consent.

Amendments. We reserve the right to change our Notice of Privacy Practices and to make the terms of any change effective for all protected health information that we maintain, including information created or obtained prior to the date of the effective date of the change. You may obtain a revised notice by submitting a written request to our Privacy Officer.

How to contact our Privacy Officer Daniel Kohl, D.O.

Mail: Kohl Direct Family Care * Attention: Privacy Officer
4300 S Business Highway 281 * Edinburg, TX 78539
Telephone: 956-436-5400
Fax: 956-306-5511

Acknowledgement and Consent

Print or type all information except signature

I have received the Notice of Privacy Practices of Kohl Direct Family Care and authorize them to use and disclose health information about _____
(Patient name) for treatment, payment, and healthcare operations purposes consistent with its Notice of Privacy Practices.

Signature (or electronic signature) of patient (Or patient's personal representative) and date:

Name of Personal representative of patient (if applicable) and date:

Relationship to patient (or other authority):

APPENDIX A

SERVICES

1. Medical Services

Medical Services offered under this Agreement are those consistent with the physician's training and experience, and as deemed appropriate under the circumstances, at the sole discretion of the physician. The Patient (not the Employer) is responsible for all costs associated with any medications, laboratory testing (including point-of-care office tests), procedure fees and specimen analysis related to these Services unless otherwise noted. The specific Medical Services provided under this Agreement include the following:

- Acute and Non-acute office visits
- Chronic disease treatment (e.g. diabetes, high blood pressure, asthma, heart disease)
- Preoperative risk assessment
- Preventive care
- Wellness visits
- Well-child care
- Sports physicals
- School physicals
- Weight loss
- Smoking cessation
- Healthy Lifestyle Counseling
- Removal of benign skin lesions/warts
- Simple dermatology procedures/biopsies
- Behavioral health and basic counseling
- Abscess Incision and Drainage
- Wound repair and sutures
- Ear wax removal
- Splinting
- Functional Medicine
- Aspiration and/or injection of joints (may have additional fee)
- Trigger point and joint injection (may have additional fee)
- Point of care tests like strep, UTI, covid, flu (may have additional fee)

2. Boundaries on Services Provided

Women's Health: Dr. Kohl provides primary care for female patients and refers to outside providers for women's health concerns; Dr. Kohl does not provide breast, genital, anal, or pelvic exams for his female patients age 10 and above. When these exams are indicated, Dr. Kohl will refer his female patients to a competent women's healthcare provider. Dr. Kohl will refer pregnant patients to a midwife or obstetrician for prenatal and delivery care. Membership fees from Kohl Direct Family Care PLLC do not cover services by outside providers.

Narcotics: Dr. Kohl may choose to prescribe narcotics, but solely for cancer pain or post surgical pain. Narcotics are not kept in the office.

Erectile Dysfunction: Dr. Kohl may choose to prescribe erectile dysfunction medication, but only for married men (defined as between a genetic man and genetic woman).

Birth Control: Dr. Kohl may choose to prescribe birth control pills, but only for menstrual problems or for married (see definition above) women desiring contraception.

Induced Abortions: Dr. Kohl will not prescribe ‘morning after’ pills or abortifacient pills. Your doctor will not refer anyone for an abortion.

Gender Reassignment: Dr. Kohl will not prescribe hormones or hormone blockers for the purpose of altering gender phenotype or secondary sex characteristics. Dr. Kohl will not perform or refer for gender reassignment surgery.

Patients located outside of Texas: Whenever a patient is located outside of Texas Dr. Kohl cannot provide telemedicine or medication refills due to being licensed to practice medicine in Texas only.

3. Communication and Scheduling with Our Practice

- “I’m having a medical emergency!”

For actual or impending medical emergencies please **call 911**. After the emergency is under control, make an appointment using your online patient hub or by calling our office so Dr. Kohl can follow-up to address your medical situation.

Examples: Chest pain, trouble breathing, the worse headache of your life, a bone sticking out of your body, or the equivalent

- “I have an urgent sickness/injury that needs treatment today during regular business hours...”

If you have an urgent, but not life-threatening sickness/injury that needs treatment today, **schedule a same-day appointment** by using your online patient hub, texting Dr. Kohl’s direct member cell, or call our office number. If you are unable to come to the office, consider making a same-day telemedicine appointment.

- “It’s after-hours or the weekend and I have an urgent sickness/injury...”

If you have a non-life-threatening but urgent illness arising outside of office hours, please call Dr. Kohl’s direct member cell (members only)

Examples:

high fever

uncontrolled vomiting

an acute injury without severe bleeding

a migraine not improving with treatment

urinary tract infection symptoms that are causing severe distress

any other problem that cannot wait until 8 a.m. the next day

If there is no immediate answer to your call, please leave a voicemail and/or text message and Dr. Kohl will call you back as soon as he reasonably can

- “I have a non-urgent health concern or question...”

Make an appointment by self-scheduling on online patient hub or calling our office. Most new conditions/concerns will require an office or telemedicine appointment.

If you are requesting assistance to coordinate care with specialists or services outside of the practice, please make an appointment.

Feel free to text Dr. Kohl’s direct member cell (members only) or email Dr. Kohl if you have a follow-up question from an appointment or a general health question and he will get back to you by the next business day.

- “I need a prescription filled...”

If your pharmacy is unable to refill your medication, text Dr. Kohl’s direct member cell or email Dr. Kohl for a refill and he will respond during regular business hours.

- “I have questions about scheduling, billing, and policies...”

Please call, text, or email our office

APPENDIX B

PATIENT ENROLLMENT FORM

CHECK YES WHERE INDICATED *ONLY* IF YOU AGREE TO TEXT MESSAGE COMMUNICATION. PROVIDE EMAIL ADDRESS *ONLY* IF YOU AGREE TO EMAIL COMMUNICATION.

THE FEES AS SET OUT IN THE ATTACHED APPENDIX C, SHALL APPLY TO THE FOLLOWING PATIENT(S), WHO BY SIGNING BELOW (OR AS LEGAL REPRESENTATIVE), CERTIFY THAT THEY HAVE READ AND AGREE TO THE TERMS AND CONDITIONS OF THIS AGREEMENT:

Patient 1

Print Patient Name _____ Date of Birth _____

Street Address _____

City, State, Zip _____

Cell Phone _____ Alternate Number _____ Email _____

I Agree to Text Communication: (check one below)

- Yes
- No

Printed Name: _____ Relationship to Patient: _____

Patient 2

Patient Name _____ Date of Birth _____

Cell Phone _____ Alternate Number _____ Email _____

I agree to Text Communication: (check one below)

- YES
- NO

Printed Name: _____ Relationship to Patient: _____

Patient 3

Patient Name _____ Date of Birth _____

Cell Phone _____ Alternate Number _____ Email _____

Agree to Text Communication: (check one below)

- YES
- NO

Printed Name: _____ Relationship to Patient: _____

Patient 4

Patient Name _____ Date of Birth _____

Cell Phone _____ Alternate Number _____ Email _____

I agree to Text Communication: (check one below)

- YES
- NO

Printed Name: _____ Relationship to Patient: _____

APPENDIX C
FEE ITEMIZATION

Monthly Membership Fees

\$65 per month per member*

*Maximum per Household: \$195 per month. When more than 3 members of one household at the same address are enrolled, the membership fee for the entire household will be \$195 per month. (For example: Mr. Garcia, Mrs. Garcia, Grandma Garcia, and all the children would cost \$195 per month.)

Re-enrollment fee.

If, after allowing membership to lapse (unpaid by 1st day of the 2nd unpaid month) or be terminated, Patient desires to re-join the practice, the Patient shall be accepted on a space-available basis, subject to a \$100 re-enrollment fee per person.

If a member will be living outside of Texas for multiple months (ie. Winter Texan returning to northern state), he may inform the Practice in writing, email, or text. Dr. Kohl will consider on a case-by-case basis if he will waive the re-enrollment fee.

Nonmember Pay Per Visit

\$135 per appointment per person (in clinic or by telemedicine)

Nonmembers who upgrade to membership during the calendar month of a Pay Per Visit appointment will not be charged the monthly membership fee until the following month.

Cancellations, Rescheduling, and No Shows

In order to ensure our availability for patients when they need care, we ask all patients to arrive at their scheduled appointments on time.

- If you need to cancel or reschedule, call or text the office manager 956-436-5400 as soon as possible. There is no penalty for canceling or rescheduling at least 24 hours in advance.
- If you cancel or reschedule less than 24 hours before your appointment time, nonmembers will have to pay a fee equal to the charge for the missed appointment.
- If you do not show up for your scheduled appointment, nonmembers will have to pay a fee equal to the charge for the missed appointment.
- If you arrive late, your provider will determine if there is sufficient time to complete the visit. If you complete the visit, there is no fee. If there is insufficient time for the visit, nonmembers will have to pay a fee equal to the charge for the missed appointment.
- Members who are more than 15 minutes late, no show, or cancel with less than 24 hours notice will be charged a fee equal to the monthly membership fee.

Total Due on Signing for Household

§ _____

BILLING AUTHORIZATION

To enjoy the convenience of automated billing, simply complete the Bank Draft or Credit/Debit Card Information section below and sign the form. If you cannot pay with bank draft, credit card, or debit card, then you may request permission to pay by cash or check delivered to the mailing address. Upon approval, you will have the option to make monthly payments or set up a monthly auto-deduction. Payments are made directly through our secure link accessed through your electronic statement sent to your email. Your statement will include monthly fees and incidental charges which you will receive prior to any payments or deductions. If paying by cash or check, incidental charges will be collected at the time of service.

Customer(s)Name(s): _____

ACH AUTHORIZATION

I, _____, hereinafter called PATIENT, hereby authorize Kohl Direct Family Care PLLC, hereinafter called PROVIDER, to initiate debits and/or credits to or from my Bank Account indicated at the depository financial institution named below, hereinafter called DEPOSITORY, and to debit and or credit the same to such account. We acknowledge that the origination of ACH transactions to or from our account must comply with the provisions of U.S. law.

Please provide this originator number to your bank account so that we can successfully process the ACH:

ORIGINATOR # _____

PATIENT'S Bank:

City: _____ State: _____ Zip: _____

Routing Number: _____

Account Number: Account Type: CHECKING SAVINGS

This authorization is to remain in full force and effect until Kohl Direct Family Care PLLC has received written notification from the Patient of its termination in such time and such manners as to afford Kohl Direct Family Care PLLC, a reasonable opportunity to act on it.

Customer's Signature: _____

Date: _____

AUTHORIZATION BY INDIVIDUAL TO SIGN/ACT ON BEHALF OF THE PATIENT

DATE

SIGNATURE

PAYMENT INFORMATION

I authorize Kohl Direct Family Care PLLC, to automatically bill the card listed below as specified: Amount: \$ _____ for monthly subscription and Incidental Charges;

Frequency:

Monthly Start billing on: ____ / ____ / ____

End billing when: Customer provides written cancellation

CREDIT/DEBIT CARD INFORMATION:

Credit card type: Visa, MasterCard, American Express, Discover

Credit card number: _____ / _____
Expires:

Cardholder's name: As shown on credit card CVC(Security code)

Customer's signature: _____

Date: _____

AUTHORIZATION BY INDIVIDUAL TO SIGN/ACT ON BEHALF OF THE PATIENT

DATE

SIGNATURE

I am unable to pay through credit/debit or I request Kohl Direct Family Care PLLC approve me for payment by non-automatic means:

- Cash
- Check

APPENDIX D
MEDICARE OPT-OUT AGREEMENT

This agreement (“Agreement”) is entered into by and between Kohl Direct Family Care PLLC (“Provider”), whose principal medical office is located at: 4300 S Business Hwy 281, and _____ (Patient’s Name), a beneficiary enrolled in Medicare Part B (“Beneficiary”), who resides at _____ (Patient’s address).

Introduction

The Balanced Budget Act of 1997 allows Providers to “opt out” of Medicare and enter into private contracts with patients who are Medicare beneficiaries. In order to opt out, Providers are required to file an affidavit with each Medicare carrier that has jurisdiction over claims that they have filed (or that would have jurisdiction over claims had the Provider not opted out of Medicare). In essence, the Provider must agree not to submit any Medicare claims nor receive any payment from Medicare for items or services provided to any Medicare beneficiary for two years. This Agreement between Beneficiary and Provider is intended to be the contract Provider are required to have with Medicare beneficiaries when Providers opt-out of Medicare. This Agreement is limited to the financial agreement between Provider and Beneficiary and is not intended to obligate either party to a specific course or duration of treatment.

Provider Responsibilities

- (1) Provider agrees to provide Beneficiary such treatment as may be mutually agreed Upon and at mutually agreed upon fees.
- (2) Provider agrees not to submit any claims under the Medicare program for any items or services, even if such items or services are otherwise covered by Medicare.
- (3) Provider agrees not to execute this contract at a time when Beneficiary is facing an emergency or urgent healthcare situation.
- (4) Provider agrees to provide Beneficiary with a signed copy of this document before items or services are furnished to Beneficiary under its terms. Provider also agrees to retain a copy of this document for the duration of the opt-out period.

(5) Provider agrees to submit copies of this contract to the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) upon the request of CMS.

Beneficiary Responsibilities

(1) Beneficiary agrees to pay for all items or services furnished by Provider and understands that no reimbursement will be provided under the Medicare program for such items or services.

(2) Beneficiary understands that no limits under the Medicare program apply to amounts that may be charged by Provider for such items or services.

(3) Beneficiary agrees not to submit a claim to Medicare and not to ask Provider to submit a claim to Medicare.

(4) Beneficiary understands that Medicare payment will not be made for any items or services furnished by Provider that otherwise would have been covered by Medicare if there were no private contract and a proper Medicare claim had been submitted.

(5) Beneficiary understands that Beneficiary has the right to obtain Medicare-covered Items and services from Provider and practitioners who have not opted out of Medicare, and that Beneficiary is not compelled to enter into private contracts that apply to other Medicare-covered items and services furnished by other Providers or practitioners who have not opted out of Medicare.

(6) Beneficiary understands that Medigap plans (under section 1882 of the Social Security Act) do not, and other supplemental insurance plans may elect not to, make Payments for such items and services not paid for by Medicare.

(7) Beneficiary understands that CMS has the right to obtain copies of this contract upon request.

Medicare Exclusion Status of Provider

Beneficiary understands that Provider has not been excluded from participation under the Medicare program under section 1128, 1156, 1892, or any other sections of the Social Security Act.

Duration of the Contract

This contract becomes effective on _____, 20___. Either party may terminate treatment with a 30-day notice to the other party. Notwithstanding this right to terminate treatment, both Provider and Beneficiary agree that the obligation not to pursue Medicare reimbursement for items and services provided under this contract will survive this contract.

By _____
Kohl Direct Family Care PLLC,

Patient's Signature: _____ Date: _____

APPENDIX E

NOTICE CONCERNING COMPLAINTS TO TEXAS STATE MEDICAL BOARD

NOTICE CONCERNING COMPLAINTS, Complaints about physicians, as well as other licensees and registrants of the Texas Medical Board, including physician assistants, acupuncturists, and surgical assistants may be reported for investigation at the following address: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018, Assistance in filing a complaint is available by calling the following telephone number: 1-800-201-9353, For more information, please visit our website at www.tmb.state.tx.us.

APPENDIX F
PRACTICE GUIDELINES FOR THE PROVISION OF COMPLEMENTARY AND
ALTERNATIVE MEDICINE

Patients acknowledge that the US Food and Drug Administration (FDA) has not evaluated statements about the health uses of supplements. The FDA maintains that supplements are not intended to diagnose, treat, cure, or prevent any disease.

(1) Patient Assessment. Prior to offering advice about complementary and alternative health care therapies, the physician shall undertake an assessment of the patient. This assessment should include but not be limited to, conventional methods of diagnosis and may include non-conventional methods of diagnosis. Such assessment shall be documented in the patient's medical record and be based on performance and review of the following listed in subparagraphs (A) - (D) of this paragraph:

- (A) an appropriate medical history and physician examination of the patient;
- (B) the conventional medical treatment options to be discussed with the patient and referral input, if necessary;
- (C) any prior conventional medical treatments attempted and the outcomes obtained or whether conventional options have been refused by the patient;
- (D) whether the complementary health care therapy could interfere with any other recommended or ongoing treatment.

(2) Disclosure. Prior to rendering any complementary or alternative treatment, the physician shall provide information to the patient that includes the following with the disclosure documented in the patient's records:

- (A) the objectives, expected outcomes, or goals of the proposed treatment, such as functional improvement, pain relief, or expected psychosocial benefit;
- (B) the risks and benefits of the proposed treatment;
- (C) the extent the proposed treatment could interfere with any ongoing or recommended medical care;
- (D) a description of the underlying therapeutic basis or mechanism of action of the proposed treatment purporting to have a reasonable potential for therapeutic gain that is written in a manner understandable to the patient; and
- (E) if applicable, whether a drug, supplement, or remedy employed in the treatment is:
 - (i) approved for human use by the U.S. Food and Drug Administration (FDA);
 - (ii) exempt from FDA preapproval under the Dietary Supplement and Health Education Act (DSHEA); or
 - (iii) a pharmaceutical compound not commercially available and, therefore, is also an investigation article subject to clinical investigation standards as discussed in paragraph (7) of this section.

(3) Treatment Plan.

(A) The physician may offer the patient complementary or alternative treatment pursuant to a documented treatment plan tailored for the individual needs of the patient by which treatment progress or success can be evaluated with stated objectives such as pain relief and/or improved physical and/or psychosocial function. Such a documented treatment plan shall consider pertinent medical history, previous medical records and physical examination, as well as the need for further testing, consultations, referrals, or the use of other treatment modalities.

(B) The treatment offered should:

(i) have a favorable risk/benefit ratio compared to other treatments for the same condition;
(ii) be based upon a reasonable expectation that it will result in a favorable patient outcome, including preventive practices; and

(iii) be based upon the expectation that a greater benefit for the same condition will be achieved than what can be expected with no treatment.

(4) Periodic Review of Treatment. The physician may use the treatment subject to documented periodic review of the patient's care by the physician at reasonable intervals. The physician shall evaluate the patient's progress under the treatment prescribed, ordered or administered, as well as any new information about etiology of the complaint in determining whether treatment objectives are being adequately met.

(5) Adequate Medical Records. In addition to those elements addressed in paragraph (1)(A) - (D) of this section, a physician implementing complementary and alternative therapies shall keep accurate and complete medical records to include:

(A) any diagnostic, therapeutic and laboratory results;

(B) the results of evaluations, consultations and referrals;

(C) treatments employed and their progress toward the stated objectives, expected outcomes, and goals of the treatment;

(D) the date, type, dosage, and quantity prescribed of any drug, supplement, or remedy used in the treatment plan;

(E) all patient instructions and agreements;

(F) periodic reviews;

(G) documentation of any communications with the patient's concurrent healthcare providers informing them of treatment plans.

(6) Therapeutic Validity. All physicians must be able to demonstrate the medical, scientific, or other theoretical principles connected with any healthcare method offered and provided to patients.

KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC

ACUERDO DEL PACIENTE

Actualizado 11-1-2023

Este acuerdo del paciente (acuerdo) es entre **KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC** (la práctica, nosotros, la clínica), y _____ (paciente, miembro, o usted).

Los Antecedentes

La práctica, ubicado en **4300 S Business Hwy 281, Edinburg, TX 78539** proporciona medicina de atención primaria continua a sus miembros en un modelo de pago directo y membresía (DPC). A cambio de ciertas tarifas periódicas, la Práctica acepta proporcionarle los Servicios descritos en este Acuerdo bajo los términos y condiciones contenidos en el mismo.

Los pacientes no miembros pagan por cita en lugar de mensualmente.

Los empleados/estudiantes/voluntarios de Rio Grande Bible Institute Inc. están sujetos a este acuerdo con la excepción de que los pagos se manejan de acuerdo con el contrato entre Kohl Direct Family Care PLLC y Rio Grande Bible Institute Inc. Los empleados/estudiantes/voluntarios de Rio Grande Bible Institute Inc. pueden solicitar una copia del contrato enviando un correo electrónico a office@kohldfc.com

Definiciones

1. **Servicios.** En este Acuerdo, "Servicios" significa el conjunto de servicios, médicos y no médicos, que se describen en el Apéndice A (adjunto e incorporado por referencia), que aceptamos proporcionarle según los términos y condiciones de este Acuerdo.
2. **Paciente.** En este Acuerdo, "Paciente", "Miembro", "Usted" o "Suyo" se refiere a las personas a quienes la Práctica ofrecerá atención, que han firmado este Acuerdo y/o cuyos nombres aparecen en el Apéndice B (adjunto e incorporado por referencia).

Acuerdo

3. **Término.** Este Acuerdo tendrá una duración de un año, a partir de la fecha en que sea completamente ejecutado por las partes.
4. **Renovación.** El Acuerdo se renovará automáticamente cada año en la fecha de aniversario del Acuerdo a menos que cualquiera de las partes cancele el Acuerdo mediante notificación por escrito con 30 días de antelación.
5. **Terminación.** Cualquiera de las partes puede cancelar este Acuerdo en cualquier momento notificando por escrito a la otra parte con 30 días de anticipación sobre su intención de rescindirlo.

6. Pagos y Reembolsos - Montos y Métodos..

- A. A cambio de los Servicios descritos en el Apéndice A, Usted acepta un pago mensual (o Cuota de Membresía) por el monto que aparece en el Apéndice C, que se adjunta e incorpora por referencia;
- a. La cuota de membresía vencerá el día de la primera cita con el médico y, posteriormente, el primer día hábil de cada mes. La cuota de membresía no será prorrateada. No se realizarán nuevas citas no urgentes para los miembros que no hayan pagado antes del día 15 de ese mes. La falta de pago antes del primer día del segundo mes sin pagar resultará en la cancelación de la membresía.
- B. Cancelaciones, reprogramaciones y no presentaciones
- a. Para garantizar nuestra disponibilidad para los pacientes cuando necesitan atención, les pedimos a todos los pacientes que lleguen a tiempo a sus citas programadas.
 - b. Si necesita cancelar o reprogramar, llame o envíe un mensaje de texto al gerente de la oficina al 956-436-5400 lo antes posible. No hay penalización por cancelar o reprogramar con al menos 24 horas de anticipación.
 - c. Si cancela o reprograma menos de 24 horas antes de la cita, los no miembros tendrán que pagar una tarifa equivalente al cargo por la cita perdida.
 - d. Si no se presenta a su cita programada, los no miembros tendrán que pagar una tarifa equivalente al cargo por la cita perdida.
 - e. Si llega tarde, su proveedor determinará si hay tiempo suficiente para completar la visita. Si completas la visita, no hay ningún coste. Si no hay tiempo suficiente para la visita, los no miembros tendrán que pagar una tarifa igual al cargo por la cita perdida.
 - f. A los miembros que lleguen más de 15 minutos tarde, no se presenten o cancelen con menos de 24 horas de antelación se les cobrará una tarifa equivalente a la tarifa de membresía mensual.
- C. Las Partes acuerdan que el método de pago requerido será el pago automático a través de una tarjeta de débito o crédito o giro bancario automático, a menos que la Práctica dé su aprobación por escrito para el pago en efectivo o cheque.
7. **Terminación Anticipada.** Si cancela este Acuerdo por mensaje de texto, correo electrónico o correo postal antes del día 25 del mes, cancelaremos cualquier tarifa de membresía para el próximo mes. Si cancela este Acuerdo por mensaje de texto, correo electrónico o correo postal después del día 25 del mes, usted se le cobrará el mes siguiente, pero cancelaremos cualquier tarifa de membresía del mes siguiente.
8. **No Participación en el Seguro.** La práctica no participa con ningún plan de salud, paneles HMO o cualquier otro tercero pagador. Como tal, no podemos enviar facturas ni solicitar el reembolso de terceros pagadores por los Servicios prestados en virtud de este Acuerdo.
9. **Medicare/Medicaid.** El paciente comprende que el Dr. Kohl se excluye de Medicare/Medicaid. Como resultado, tanto el Paciente como la Práctica tendrán prohibido por ley solicitar el reembolso de Medicare/Medicaid por cualquier Servicio proporcionado

bajo este Acuerdo. En consecuencia, el paciente acepta no enviar facturas ni buscar el reembolso de Medicare/Medicaid por dichos servicios. Además, si el Paciente es elegible o se vuelve elegible para Medicare/Medicaid durante el término de este Acuerdo, el Paciente acepta informar inmediatamente a la Práctica y firmar el contrato privado de Medicare/Medicaid según lo dispuesto y requerido por la ley. El Dr. Kohl no será responsable del papeleo relacionado con la cobertura de productos y servicios proporcionados fuera de la Práctica.

10. **Este acuerdo no es un seguro de salud.** El Paciente ha sido informado y entiende que este Acuerdo no es un plan de seguro. No reemplaza ninguna cobertura de salud que el Paciente pueda tener, y no cumple con los requisitos de ningún mandato federal de cobertura de salud. Este Acuerdo no incluye los servicios hospitalarios, el tratamiento en la sala de emergencias ni ningún servicio que la Práctica o su personal no brinden personalmente. Este Acuerdo incluye solo los Servicios identificados en el Apéndice A. Si un Servicio no se incluye específicamente en el Apéndice A, se excluye expresamente de este Acuerdo. El Paciente reconoce que le hemos aconsejado que obtenga un seguro de salud que cubra la atención catastrófica y otros servicios no incluidos en este Acuerdo. Los pacientes siempre son personalmente responsables del pago de cualquier gasto médico incurrido por servicios no incluidos en este Acuerdo.

11. **Comunicaciones.** La práctica se esfuerza por brindar a los pacientes la conveniencia de una amplia variedad de opciones de comunicación electrónica. Aunque tenemos cuidado de cumplir con los requisitos de confidencialidad del paciente y hacemos todo lo posible para proteger su privacidad, las comunicaciones por correo electrónico, fax, chat de video, teléfono celular, mensajes de texto y otros medios electrónicos nunca pueden garantizarse absolutamente como métodos de comunicación seguros o confidenciales. Al colocar sus iniciales al final de este acuerdo, reconoce lo anterior e indica que entiende y acepta que al iniciar o participar en los medios de comunicación anteriores, renuncia expresamente a cualquier garantía de confidencialidad absoluta con respecto a su uso. Usted acepta recibir (opta por recibir) mensajes de texto SMS de nuestra organización relacionados con los servicios que le brindamos. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos, y la frecuencia de los mensajes varía. Puede enviarnos un mensaje de texto con la palabra STOP en cualquier momento para optar por no recibir nuestros mensajes de texto SMS. Puede enviarnos un mensaje de texto con HELP en cualquier momento para recibir ayuda. Además, comprende que la participación en los medios de comunicación anteriores no es una condición para ser miembro de esta Práctica; que no está obligado a poner sus iniciales en esta cláusula; y que tiene la opción de rechazar cualquier medio de comunicación en particular.

12. **Uso de correo electrónico y mensajes de texto.** Al proporcionar una dirección de correo electrónico en el Apéndice B adjunto, el Paciente autoriza a la Práctica y a su personal a comunicarse con él/ella por correo electrónico con respecto a la "información de salud protegida" (PHI) del Paciente. Al proporcionar un número de teléfono celular en el Apéndice B y Al marcar la casilla "SÍ" en la pregunta de consentimiento correspondiente, el paciente acepta la comunicación por mensaje de texto que contiene PHI a través del número proporcionado. El Paciente además entiende y reconoce que:

- A. El correo electrónico y los mensajes de texto no son necesariamente métodos seguros para enviar o recibir PHI, y siempre existe la posibilidad de que un tercero obtenga acceso;
 - B. El correo electrónico y los mensajes de texto no son medios apropiados de comunicación en una emergencia, para tratar asuntos urgentes o para divulgar información confidencial. Por lo tanto, en una emergencia o una situación que razonablemente podría convertirse en una emergencia, el Paciente acepta llamar al 911 o acudir al centro de atención de emergencia más cercano.
13. **Fallo técnico.** Ni el Consultorio ni su personal serán responsables de ninguna pérdida, lesión o gasto que surja de una demora en responder al Paciente cuando dicha demora se deba a una falla técnica. Ejemplos de fallas técnicas: (i) fallas causadas por proveedores de servicios de internet o telefonía celular; (ii) cortes de energía; (iii) falla del software de mensajería electrónica o de los proveedores de correo electrónico; (iv) falla de las computadoras o de la red informática de la Práctica, o transmisión defectuosa de datos por teléfono o cable; (v) cualquier interceptación de comunicaciones por correo electrónico por parte de un tercero que no esté autorizado por la Práctica; o (vi) el incumplimiento por parte del Paciente de las pautas para el uso de correo electrónico o mensajes de texto, como se describe en este Acuerdo.
14. **Ausencia del Médico.** De vez en cuando, debido a cosas tales como vacaciones, enfermedad o emergencia personal, el médico puede no estar disponible temporalmente. Cuando la/s fecha/s de dichas ausencias sean conocidas con anticipación, la Práctica deberá dar aviso a los Pacientes para que programen la atención que no sea de urgencia en consecuencia. Durante ausencias inesperadas, los pacientes con citas programadas serán notificados tan pronto como sea posible y las citas se reprogramarán a conveniencia del paciente. Si durante la ausencia del médico, el paciente experimenta un problema médico agudo que requiere atención inmediata, el paciente debe dirigirse a un centro de atención urgente u otro centro adecuado para recibir atención. Los cargos de Atención de Urgencias o cualquier otro proveedor externo no están incluidos en este Acuerdo y son responsabilidad del Paciente. Sin embargo, el paciente puede presentar dichos cargos a su plan de salud para que se considere el reembolso o solicitar que el proveedor externo haga lo mismo. El Paciente es responsable de comprender las reglas de cobertura de su plan de salud y no podemos garantizar el reembolso.
15. **Resolución de Disputas.** Cada parte se compromete a no hacer declaraciones inexactas o falsas y despectivas, orales, escritas o electrónicas, sobre la otra. Nos esforzamos por brindar solo la mejor atención personalizada al paciente a cada miembro, pero ocasionalmente surgen malentendidos. Damos la bienvenida al diálogo sincero y abierto con nuestros miembros, especialmente si no cumplimos con las expectativas, y estamos comprometidos a resolver todas las inquietudes de los pacientes.

Por lo tanto, en el caso de que un Miembro no esté satisfecho con, o tenga preocupaciones sobre, cualquier miembro del personal, servicio, tratamiento o experiencia que surja de su membresía en esta Práctica, el Miembro y la Práctica acuerdan abstenerse de hacer, publicar

o hacer que se publique en Internet o en cualquier red social, cualquier comentario falso, no confirmado, inexacto y despectivo sobre el otro. Por el contrario, las Partes acuerdan participar en el siguiente proceso:

- A. El miembro primero discutirá cualquier queja, inquietud o problema con su médico;
 - B. El médico responderá a cada uno de los problemas o quejas del Miembro;
 - C. Si, después de esa respuesta, el Miembro sigue insatisfecho, las Partes entablarán conversaciones e intentarán llegar a una solución mutuamente aceptable.
16. **Ajustes mensuales de tarifas y ofertas de servicios.** En el caso de que la Práctica considere necesario aumentar o ajustar las tarifas mensuales o las ofertas de Servicios antes de la terminación del Acuerdo, la Práctica notificará por escrito con 30 días de anticipación cualquier ajuste. Si el Paciente no da su consentimiento a la modificación, el Paciente rescindirá el Acuerdo por escrito antes del próximo pago programado.
17. **Cambio de ley.** Si hay un cambio de cualquier ley, reglamento o regla relevante, que afecte los términos de este Acuerdo, las partes acuerdan modificarlo solo en la medida en que cumpla con la ley.
18. **Divisibilidad.** Si alguna parte de este Acuerdo es considerada legalmente inválida o inaplicable por un tribunal de jurisdicción competente, esa parte se modificará en la medida necesaria para ser ejecutable, y el resto del Acuerdo permanecerá en vigor como se escribió originalmente.
19. **Enmienda.** Salvo lo dispuesto en el mismo, ninguna enmienda de este Acuerdo será vinculante para una parte a menos que sea por escrito y firmada por todas las partes.
20. **Asignación.** Ni este Acuerdo ni ningún derecho que surja en virtud del mismo podrán ser cedidos o transferidos sin el acuerdo de las Partes.
21. **Significado legal.** El Paciente reconoce que este Acuerdo es un documento legal que otorga a las partes ciertos derechos y responsabilidades. El Paciente acepta que no está sufriendo ninguna emergencia médica y ha tenido un tiempo razonable para buscar asesoramiento legal con respecto al Acuerdo y ha elegido no hacerlo o lo ha hecho y está satisfecho con los términos y condiciones del Acuerdo.
22. **Misceláneo.** El presente Acuerdo debe interpretarse sin tener en cuenta ninguna norma que exija que se interprete en contra de la parte redactora. Los subtítulos en este Acuerdo son solo por conveniencia y no tienen ningún significado legal.
23. **Acuerdo completo.** Este Acuerdo contiene el Acuerdo completo entre las partes y reemplaza cualquier entendimiento y acuerdo anterior, ya sea escrito u oral.

24. **Sin renuncia.** Cualquiera de las partes puede optar por retrasar o no hacer cumplir un derecho o deber en virtud de este Acuerdo. Hacerlo no constituirá una renuncia a ese deber o responsabilidad y la parte conservará el derecho absoluto de hacer cumplir dichos derechos o deberes en cualquier momento en el futuro.
25. **Jurisdicción.** Este Acuerdo se registrará e interpretará bajo las leyes del Estado de Texas. Todas las disputas que surjan de este Acuerdo se resolverán en el tribunal del lugar y jurisdicción adecuados para la Práctica.
26. **La notificación.** La notificación por escrito, cuando sea necesaria, puede obtenerse a través de medios electrónicos a la dirección de correo electrónico proporcionada por la parte a notificar o a través de correo estadounidense de primera clase. Cualquier otra notificación requerida debe entregarse por correo de primera clase de los Estados Unidos a la Práctica al: **4300 S Business Hwy 281, Edinburg, TX 78539** y al Paciente, a su dirección proporcionada en el Apéndice B.

Las Partes acuerdan que a lo largo de este acuerdo y sus anexos, marcar la casilla correspondiente junto a su nombre constituirá una firma electrónica y será válida en la misma medida que una firma manuscrita.

Para: KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC

Por Daniel Kohl DO

Fecha

Paciente

Nombre impreso: _____

Fecha

APÉNDICE A

SERVICIOS

1. Servicios Médicos

Los servicios médicos ofrecidos bajo este Acuerdo son aquellos consistentes con la capacitación y experiencia del médico, y según se considere apropiado bajo las circunstancias, a la sola discreción del médico. El Paciente (no el Empleador) es responsable de todos los costos asociados con cualquier medicamento, pruebas de laboratorio (incluidas las pruebas de consultorio en el punto de atención), tarifas de procedimiento y análisis de muestras relacionadas con estos Servicios, a menos que se indique lo contrario. Los servicios médicos específicos proporcionados en virtud de este Acuerdo incluyen lo siguiente:

- Visitas al consultorio agudas y no agudas
- Tratamiento de enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes, presión arterial alta, asma, enfermedades cardíacas)
- Evaluación de riesgos preoperatorios
- Atención preventiva
- Visitas de bienestar
- Cuidado del niño sano
- Exámenes físicos deportivos
- Exámenes físicos escolares
- Pérdida de peso
- Fumar
- Consejería de Estilo de Vida Saludable
- Eliminación de lesiones/verrugas cutáneas benignas
- Procedimientos dermatológicos simples/biopsias
- Salud conductual y asesoramiento básico
- Incisión y drenaje del absceso
- Reparación de heridas y suturas
- Eliminación de cerumen
- Entablillado
- Medicina Funcional
- Aspiración y/o inyección de articulaciones (puede tener un cargo adicional)
- Punto gatillo e inyección articular (puede tener un cargo adicional)
- Pruebas en el punto de atención como estreptococos, ITU, covid, gripe (pueden tener un cargo adicional)

2. Límites en los servicios prestados

Salud de la mujer: El Dr. Kohl brinda atención primaria a pacientes femeninas y se refiere a proveedores externos para problemas de salud de la mujer; El Dr. Kohl no proporciona exámenes de mama, genitales, anales o pélvicos para sus pacientes femeninas de 10 años o más. Cuando se indican estos exámenes, el Dr. Kohl referirá a sus pacientes femeninas a un proveedor de atención médica para mujeres competente. El Dr. Kohl referirá a las pacientes embarazadas a una partera u obstetra para atención prenatal y de parto. Las cuotas de membresía de Kohl Direct Family Care PLLC no cubren los servicios de proveedores externos.

Narcóticos: El Dr. Kohl puede optar por recetar narcóticos, pero únicamente para el dolor del cáncer o el dolor postquirúrgico. Los narcóticos no se guardan en la oficina.

Disfunción eréctil: El Dr. Kohl puede optar por recetar medicamentos para la disfunción eréctil, pero solo para hombres casados (definidos como entre un hombre genético y una mujer genética).

Control de la natalidad: El Dr. Kohl puede optar por recetar píldoras anticonceptivas, pero solo para problemas menstruales o para mujeres casadas (ver definición anterior) que desean anticoncepción.

Abortos inducidos: El Dr. Kohl no recetará píldoras del "día después" o píldoras abortivas. Su médico no referirá a nadie para un aborto.

Reasignación de género: El Dr. Kohl no recetará hormonas o bloqueadores hormonales con el propósito de alterar el fenotipo de género o las características sexuales secundarias. El Dr. Kohl no realizará ni referirá para una cirugía de reasignación de género.

Pacientes ubicados fuera de Texas: Siempre que un paciente se encuentre fuera de Texas, el Dr. Kohl no puede proporcionar telemedicina o resurtidos de medicamentos debido a que tiene licencia para practicar medicina solo en Texas.

3. Comunicación y programación con nuestra práctica

- "¡Estoy teniendo una emergencia médica!"

Para emergencias médicas reales o inminentes, **llame al 911**. Después de que la emergencia esté bajo control, haga una cita utilizando su centro de pacientes en línea o llamando a nuestra oficina para que el Dr. Kohl pueda hacer un seguimiento para abordar su situación médica.

Ejemplos: dolor en el pecho, dificultad para respirar, el peor dolor de cabeza de su vida, un hueso que sobresale de su cuerpo, o el equivalente

- "Tengo una enfermedad / lesión urgente que necesita tratamiento hoy durante el horario comercial regular ..."

Si tiene una enfermedad / lesión urgente, pero no potencialmente mortal que necesita tratamiento hoy, programe una cita el mismo día utilizando su centro de pacientes en línea, enviando un mensaje de texto a la célula de miembros directos del Dr. Kohl o llamando al número de nuestra oficina. Si no puede venir al consultorio, considere hacer una cita de telemedicina el mismo día.

- "Es después del horario de atención o el fin de semana y tengo una enfermedad / lesión urgente ..."

Si tiene una enfermedad que no pone en peligro su vida pero que surge fuera del horario de oficina, llame a la célula de miembros directos del Dr. Kohl (sólo miembros)

Ejemplos:

- Fiebre alta
- vómitos incontrolables
- una lesión aguda sin sangrado severo
- una migraña que no mejora con el tratamiento
- síntomas de infección del tracto urinario que están causando angustia severa
- cualquier otro problema que no pueda esperar hasta las 8 a.m. del día siguiente

Si no hay una respuesta inmediata a su llamada, deje un mensaje de voz y / o mensaje de texto y el Dr. Kohl le devolverá la llamada tan pronto como sea razonablemente posible.

- "Tengo un problema de salud o pregunta no urgente ..."

Haga una cita autoprogramando en el centro de pacientes en línea o llamando a nuestra oficina. La mayoría de las nuevas condiciones/inquietudes requerirán una cita en el consultorio o de telemedicina.

Si está solicitando asistencia para coordinar la atención con especialistas o servicios fuera de la práctica, haga una cita.

Siéntase libre de enviar un mensaje de texto a la célula de miembros directos del Dr. Kohl o enviar un correo electrónico al Dr. Kohl si tiene una pregunta de seguimiento de una cita o una pregunta general de salud y él se comunicará con usted el siguiente día hábil.

- "Necesito una receta surtida ..."

Si su farmacia no puede volver a surtir su medicamento, envíe un mensaje de texto a la célula de miembro directo del Dr. Kohl (sólo miembros) o envíe un correo electrónico al Dr. Kohl para obtener una reposición y él responderá durante el horario comercial regular.

- "Tengo preguntas sobre programación, facturación y políticas ..."

Por favor llame, envíe un mensaje de texto o envíe un correo electrónico a nuestra oficina

APÉNDICE B
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTES

MARQUE SÍ DONDE SE INDIQUE *SOLO* SI ACEPTA LA COMUNICACIÓN POR MENSAJE DE TEXTO. PROPORCIONE LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO *SOLO* SI ACEPTA LA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO.

LOS HONORARIOS ESTABLECIDOS EN EL APÉNDICE C ADJUNTO, SE APLICARÁN A LOS SIGUIENTES PACIENTES, QUE AL FIRMAR A CONTINUACIÓN (O COMO REPRESENTANTE LEGAL), CERTIFICAN QUE HAN LEÍDO Y ESTÁN DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE ACUERDO:

Paciente 1

Imprimir nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono celular _____ Número alternativo _____ Email _____

Acepto la comunicación por texto: (marque uno a continuación)

- Sí
 No

Nombre impreso: _____ Relación con el paciente: _____

Paciente 2

Imprimir nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono celular _____ Número alternativo _____ Email _____

Acepto la comunicación por texto: (marque uno a continuación)

- Sí
 No

Nombre impreso: _____ Relación con el paciente: _____

Paciente 3

Imprimir nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono celular _____ Número alternativo _____ Email _____

Acepto la comunicación por texto: (marque uno a continuación)

- Sí
- No

Nombre impreso: _____ Relación con el paciente: _____

Paciente 4

Imprimir nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono celular _____ Número alternativo _____ Email _____

Acepto la comunicación por texto: (marque uno a continuación)

- Sí
- No

Nombre impreso: _____ Relación con el paciente: _____

APÉNDICE C DESGLOSE DE TARIFAS

Cuotas mensuales de membresía

\$65 por mes por miembro*

*Máximo por hogar: \$195 por mes. Cuando se inscriben más de 3 miembros de un hogar en la misma dirección, la tarifa de membresía para todo el hogar será de \$195 por mes. (Por ejemplo: el Sr. García, la Sra. García, la abuela García y todos los niños costarían \$195 por mes).

Cuota de reinscripción.

Si, después de permitir que la membresía caduque (no pagada antes del 1er día del 2do mes no pagado) o se cancele, el Paciente desea volver a unirse a la práctica, el Paciente será aceptado en función del espacio disponible, sujeto a una tarifa de reinscripción de \$100 por persona.

Si un miembro vivirá fuera de Texas durante varios meses (es decir, tejanos de invierno regresando al estado del norte), puede informar a la práctica por escrito, correo electrónico o mensaje de texto. El Dr. Kohl considerará caso por caso si renunciará a la tarifa de reinscripción.

Pago por cita para los no miembros

\$135 por cita por persona (en la clínica o por telemedicina)

Los no miembros que asciendan a membresía durante el mes calendario de una cita de pago por cita no se les cobrará la cuota mensual de membresía hasta el mes siguiente.

Cancelaciones, reprogramaciones y no presentaciones

Para garantizar nuestra disponibilidad para los pacientes cuando necesitan atención, les pedimos a todos los pacientes que lleguen a tiempo a sus citas programadas.

Si necesita cancelar o reprogramar, llame o envíe un mensaje de texto al gerente de la oficina al 956-436-5400 lo antes posible. No hay penalización por cancelar o reprogramar con al menos 24 horas de anticipación.

Si cancela o reprograma menos de 24 horas antes de la cita, los no miembros tendrán que pagar una tarifa equivalente al cargo por la cita perdida.

Si no se presenta a su cita programada, los no miembros tendrán que pagar una tarifa equivalente al cargo por la cita perdida.

Si llega tarde, su proveedor determinará si hay tiempo suficiente para completar la visita. Si completas la visita, no hay ningún coste. Si no hay tiempo suficiente para la visita, los no miembros tendrán que pagar una tarifa igual al cargo por la cita perdida.

A los miembros que lleguen más de 15 minutos tarde, no se presenten o cancelen con menos de 24 horas de antelación se les cobrará una tarifa equivalente a la tarifa de membresía mensual.

Total adeudado al firmar para el hogar

\$ _____

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN

Para disfrutar de la comodidad de la facturación automatizada, simplemente complete la sección Información de giro bancario o tarjeta de crédito / débito a continuación y firme el formulario. Si no puede pagar con giro bancario, tarjeta de crédito o tarjeta de débito, puede solicitar permiso para pagar en efectivo o cheque entregado a la dirección postal. Tras la aprobación, tendrá la opción de realizar pagos mensuales o configurar una deducción automática mensual. Los pagos se realizan directamente a través de nuestro enlace seguro al que se accede a través de su estado de cuenta electrónico enviado a su correo electrónico. Su estado de cuenta incluirá cargos mensuales y cargos incidentales que recibirá antes de cualquier pago o deducción. Si paga en efectivo o cheque, se cobrarán cargos incidentales en el momento del servicio.

Nombre(s) del cliente(s): _____

AUTORIZACIÓN ACH

Yo, _____, en adelante denominado PACIENTE, por la presente autoriza a Kohl Direct Family Care PLLC, en adelante denominado PROVEEDOR, a iniciar débitos y/o créditos hacia o desde mi Cuenta Bancaria indicada en la institución financiera depositaria mencionada a continuación, en adelante denominada DEPOSITARIO, y a debitar y/o acreditar la misma a dicha cuenta. Reconocemos que el origen de las transacciones ACH hacia o desde nuestra cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de los Estados Unidos.

Proporcione este número de originador a su cuenta bancaria para que podamos procesar con éxito el ACH:

ORIGINADOR # _____

BANCO DEL PACIENTE:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código

Postal.: _____

Número de ruta: _____

Número de cuenta: Tipo de cuenta: LA CUENTA CORRIENTE IA CUENTA DE AHORROS

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que Kohl Direct Family Care PLLC haya recibido una notificación por escrito del Paciente de su terminación en el tiempo y de la manera que brinde a Kohl Direct Family Care PLLC, una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL INDIVIDUO PARA FIRMAR/ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA

INFORMACIÓN DE PAGO

Autorizo a Kohl Direct Family Care PLLC, a facturar automáticamente la tarjeta que se indica a continuación según lo especificado: Monto: \$ _____ para suscripción mensual y cargos incidentales;

Frecuencia:

Facturación inicial mensual en: ____/____/____

Finalizar la facturación cuando: El cliente proporciona la cancelación por escrito

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO:

Tipo de tarjeta de crédito: Visa, MasterCard, American Express, Discover

_____/_____/_____
Número de tarjeta de crédito: _____ Expira: _____

Nombre del titular de la tarjeta: Como se muestra en la tarjeta

CVC (Código de seguridad)

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL INDIVIDUO PARA FIRMAR/ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA

No puedo pagar a través de crédito/débito o solicito a Kohl Direct Family Care PLLC que me apruebe para el pago por medios no automáticos:

Efectivo

Cheque

APÉNDICE D
ACUERDO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DE MEDICARE

Este acuerdo ("Acuerdo") se celebra entre Kohl Direct Family Care PLLC ("Proveedor"), cuyo consultorio médico principal se encuentra en: 4300 S Business Hwy 281, y

_____ (Nombre del paciente), un
beneficiario inscrito en la Parte B de Medicare ("Beneficiario"), que reside en

_____ (Di
rección del paciente).

Introducción

La Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997 permite a los proveedores "optar por no participar" en Medicare y celebrar contratos privados con pacientes que son beneficiarios de Medicare. Para optar por no participar, los proveedores deben presentar una declaración jurada con cada aseguradora de Medicare que tenga jurisdicción sobre las reclamaciones que hayan presentado (o que tendría jurisdicción sobre las reclamaciones si el proveedor no hubiera optado por no participar en Medicare). En esencia, el Proveedor debe aceptar no presentar ningún reclamo de Medicare ni recibir ningún pago de Medicare por artículos o servicios proporcionados a ningún beneficiario de Medicare durante dos años. Este Acuerdo entre el Beneficiario y el Proveedor pretende ser el contrato que el Proveedor debe tener con los beneficiarios de Medicare cuando los Proveedores optan por no recibir Medicare. Este Acuerdo se limita al acuerdo financiero entre el Proveedor y el Beneficiario y no es destinado a obligar a cualquiera de las partes a un curso específico o duración del tratamiento.

Responsabilidades del proveedor

- (1) El Proveedor acepta proporcionar al Beneficiario el tratamiento que se acuerde mutuamente. Sobre y a honorarios mutuamente acordados.
- (2) El proveedor acepta no presentar ningún reclamo bajo el programa Medicare por ningún artículo o servicios, incluso si dichos artículos o servicios están cubiertos por Medicare.
- (3) El Proveedor acepta no ejecutar este contrato en un momento en que el Beneficiario se enfrente a una Situación sanitaria de emergencia o urgencia.
- (4) El Proveedor acepta proporcionar al Beneficiario una copia firmada de este documento antes de los artículos o servicios se proporcionan al Beneficiario bajo sus términos. El proveedor también acepta Conserve una copia de este documento durante el período de exclusión.
- (5) El proveedor acepta enviar copias de este contrato a los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS) a solicitud de CMS.

Responsabilidades del beneficiario

(1) El Beneficiario acepta pagar todos los artículos o servicios proporcionados por el Proveedor y comprende que no se proporcionará ningún reembolso bajo el programa de Medicare por dichos artículos o servicios.

(2) El Beneficiario comprende que no se aplican límites en virtud del programa de Medicare a los montos que el Proveedor puede cobrar por dichos artículos o servicios.

(3) El Beneficiario acepta no presentar un reclamo a Medicare y no solicitar al Proveedor que presente un reclamo a Medicare.

(4) El Beneficiario entiende que no se realizará el pago de Medicare por ningún artículo o servicio proporcionado por el Proveedor que, de otro modo, habría estado cubierto por Medicare si no hubiera un contrato privado y se hubiera presentado un reclamo de Medicare adecuado.

(5) El Beneficiario entiende que el Beneficiario tiene derecho a obtener Artículos y servicios cubiertos por Medicare del Proveedor y los médicos que no han optado por no participar en Medicare, y que el Beneficiario no está obligado a celebrar contratos privados que se aplican a otros artículos y servicios cubiertos por Medicare. servicios prestados por otros proveedores o profesionales que no optaron por no participar en Medicare.

(6) El beneficiario entiende que los planes Medigap (según la sección 1882 de la Ley del Seguro Social) no lo hacen, y otros planes de seguro complementarios pueden optar por no realizar Pagos por dichos artículos y servicios no pagados por Medicare.

(7) El beneficiario entiende que CMS tiene derecho a obtener copias de este contrato a pedido.

Estado de exclusión de Medicare del proveedor

El Beneficiario entiende que el Proveedor no ha sido excluido de la participación en el programa de Medicare bajo la sección 1128, 1156, 1892 o cualquier otra sección de la Ley del Seguro Social.

Duración del contrato

Este contrato entra en vigencia el _____, 20__ . Cualquiera de las partes puede terminar el tratamiento con un aviso de 30 días a la otra parte. Sin perjuicio de este derecho de terminar el tratamiento, tanto el Proveedor como el Beneficiario acuerdan que la obligación de no solicitar el reembolso de Medicare por artículos y servicios provistos bajo este contrato sobrevivirá a este contrato.

Por _____
Kohl Direct Family Care PLLC,

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

APÉNDICE E

AVISO SOBRE LAS QUEJAS AL CONSEJO MÉDICO DE TEJAS

AVISO SOBRE LAS QUEJAS, Las quejas sobre médicos, así como sobre otros profesionales acreditados e inscritos del Consejo Médico de Tejas, incluyendo asistentes de médicos, practicantes de acupuntura y asistentes de cirugía, se pueden presentar en la siguiente dirección para ser investigadas: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018, Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: 1-800-201-9353, Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.tmb.state.tx.us.

APÉNDICE F

DIRECTRICES PRÁCTICAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA

Los pacientes reconocen que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) no ha evaluado las declaraciones sobre los usos saludables de los suplementos. La FDA sostiene que los suplementos no están destinados a diagnosticar, tratar, curar o prevenir ninguna enfermedad.

(1) Evaluación del paciente. Antes de ofrecer asesoramiento sobre terapias de atención médica complementarias y alternativas, el médico debe realizar una evaluación del paciente. Esta evaluación debe incluir, entre otros, métodos convencionales de diagnóstico y puede incluir métodos no convencionales de diagnóstico. Dicha evaluación se documentará en el historial médico del paciente y se basará en el desempeño y la revisión de lo siguiente enumerado en los subpárrafos (A) a (D) de este párrafo:

- (A) un historial médico apropiado y un examen médico del paciente;
- (B) las opciones de tratamiento médico convencional que se discutirán con el paciente y la información de referencia, si es necesario;
- (C) cualquier tratamiento médico convencional previo intentado y los resultados obtenidos o si las opciones convencionales han sido rechazadas por el paciente;
- (D) si la terapia de atención médica complementaria podría interferir con cualquier otro tratamiento recomendado o en curso.

(2) Divulgación. Antes de prestar cualquier tratamiento complementario o alternativo, el médico proporcionará información al paciente que incluya lo siguiente con la divulgación documentada en los registros del paciente:

- (A) los objetivos, resultados esperados o metas del tratamiento propuesto, como mejoría funcional, alivio del dolor o beneficio psicosocial esperado;
- (B) los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto;
- (C) la medida en que el tratamiento propuesto podría interferir con cualquier atención médica continua o recomendada;
- (D) una descripción de la base terapéutica subyacente o el mecanismo de acción del tratamiento propuesto que pretenda tener un potencial razonable de ganancia terapéutica que esté escrito de una manera comprensible para el paciente; y
- (E) si corresponde, si un medicamento, suplemento o remedio empleado en el tratamiento es:
 - (i) aprobado para uso humano por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA);
 - (ii) exento de la aprobación previa de la FDA bajo la Ley de Educación para la Salud y Suplementos Dietéticos (DSHEA); o
 - iii) un compuesto farmacéutico no disponible comercialmente y, por lo tanto, es también un artículo de investigación sujeto a las normas de investigación clínica como se analiza en el párrafo 7) de esta sección.

(3) Plan de tratamiento.

- (A) El médico puede ofrecer al paciente un tratamiento complementario o alternativo de conformidad con un plan de tratamiento documentado adaptado a las necesidades individuales del paciente mediante el cual se puede evaluar el progreso o el éxito del tratamiento con

objetivos establecidos, como el alivio del dolor y / o la mejora de la función física y / o psicosocial. Dicho plan de tratamiento documentado considerará el historial médico pertinente, los registros médicos previos y el examen físico, así como la necesidad de realizar más pruebas, consultas, referencias o el uso de otras modalidades de tratamiento.

(B) El tratamiento ofrecido debería:

(i) tener una relación riesgo/beneficio favorable en comparación con otros tratamientos para la misma afección;

(ii) basarse en una expectativa razonable de que resultará en un resultado favorable para el paciente, incluidas las prácticas preventivas; y

(iii) basarse en la expectativa de que se logrará un beneficio mayor para la misma afección de lo que se puede esperar sin tratamiento.

(4) Revisión periódica del tratamiento. El médico puede usar el tratamiento sujeto a una revisión periódica documentada de la atención del paciente por parte del médico a intervalos razonables. El médico evaluará el progreso del paciente bajo el tratamiento prescrito, ordenado o administrado, así como cualquier información nueva sobre la etiología de la queja para determinar si los objetivos del tratamiento se están cumpliendo adecuadamente.

(5) Registros médicos adecuados. Además de los elementos abordados en el párrafo (1)(A) - (D) de esta sección, un médico que implemente terapias complementarias y alternativas deberá mantener registros médicos precisos y completos que incluyan:

A) cualquier resultado diagnóstico, terapéutico y de laboratorio;

(B) los resultados de las evaluaciones, consultas y remisiones;

(C) tratamientos empleados y su progreso hacia los objetivos establecidos, resultados esperados y metas del tratamiento;

(D) la fecha, tipo, dosis y cantidad prescrita de cualquier medicamento, suplemento o remedio utilizado en el plan de tratamiento;

(E) todas las instrucciones y acuerdos para el paciente;

F) exámenes periódicos;

(G) documentación de cualquier comunicación con los proveedores de atención médica concurrentes del paciente informándoles de los planes de tratamiento.

(6) Validez terapéutica. Todos los médicos deben poder demostrar los principios médicos, científicos u otros principios teóricos relacionados con cualquier método de atención médica ofrecido y proporcionado a los pacientes.