

Kirsi Jarvinen-Seppo, MD, PHD, Directora
 Jessica Stern, MD, MS
 Theresa Bingemann, MD
 Emily Weis, MD, MS
 Katherine Tuttle, MD
 Jennifer Pier, MD
 Amy Burris, MD

Sarah Eichelberger, MSN, PNP-C
 Lindsey Melcher, RN, BSN
 Lauren Pedro, RN, BSN
 Catherine Cannan, RN, BSN
 Elizabeth Roman, RN, BSN
 Brianne Schmidt, RD, CSP
 Amy Fromm, MS, RD, CDN

Su hijo ha sido derivado por su proveedor de atención primaria para una consulta en la División de Alergia e Inmunología Pediátrica de Golisano Children's Hospital en Strong el:

_____ a las _____ con _____ en el 6th piso
 (Fecha) (Hora) (Proveedor)

Llegue 20 minutos antes de manera que haya tiempo para estacionarse y registrarse.

***Debido a las restricciones causadas por el COVID-19, podemos recibir en la consulta a ambos padres o tutores legales, pero no a ningún miembro adicional de la familia (ej. Hermanos/as) durante la consulta. Agradecemos su comprensión ***

¡Le damos la bienvenida a Alergia e Inmunología Pediátrica! Ofrecemos pruebas y tratamiento para niños y adolescentes con diversos tipos de alergias cutáneas, alimentarias y ambientales. Nuestro equipo de atención médica está conformado por médicos, una enfermera, un nutricionista, becarios y un trabajador social. Nuestro equipo trabaja en estrecha colaboración entre sí para mantener una comunicación constante y brindar atención de la más alta calidad.

Antes de su visita, complete el cuestionario adjunto y recopile los registros médicos pertinentes o los resultados de pruebas anteriores. Es posible que los necesitemos incluso si se ordenan nuevas pruebas. También complete el formulario de discusión de HIPAA.

Haga que su hijo DEJE de tomar antihistamínicos (que también se encuentran en los medicamentos de venta libre para el resfriado y las alergias) de la siguiente manera:

- 2 días antes de la visita: Astelin/Optivar (azelastina), Elestat (epinastina), Alaway/Zaditor (ketotifen), Patanol/Pataday/Patanase (olopatadina), Livostin (levocabastina), Visine-A (feniramina).
- 4 días antes de la visita: Benadryl (difenhidramina), Claritin (loratadina), (clorfeniramina, bromfeniramina).
- 7 días antes de la visita: Zyrtec (cetirizina), Xyzal (levocetirina), Clarinex (desloratadina), Allegra (fexofenadina), Vistaril/Atarax (hidroxicina), Periactin (ciproheptadina).
- 10 días antes de la visita: doxepina.

Si no se puede suspender los antihistamínicos o se tomaron involuntariamente, asista a su cita

NO DEJE DE TOMAR LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

Montelukast (singulair), Antibióticos, Nasacort, Nasonex, Veramyst, Flonase, Rhinocort, Dymista, Flovent, Pulmicort, Asmacort, Asmanex, Qvar, Advair, Symbicort, Dulera.

601 Elmwood Avenue · Box 777. Rochester, NY 14642

T#585-276-7190/F#585-756-8054 www.urmc.rochester.edu



La Clínica de Alergia e Inmunología Pediátrica está ubicada en el sexto piso del Edificio de Atención Ambulatoria de Strong Memorial Hospital (consulte la siguiente página para ver el mapa y las direcciones para llegar a nuestro consultorio).

Anticipe un tiempo de al menos 2 horas para la cita.

Si tiene alguna pregunta general o no puede asistir a la cita, llame a nuestro consultorio al número a continuación al menos 24 horas antes de la visita programada:

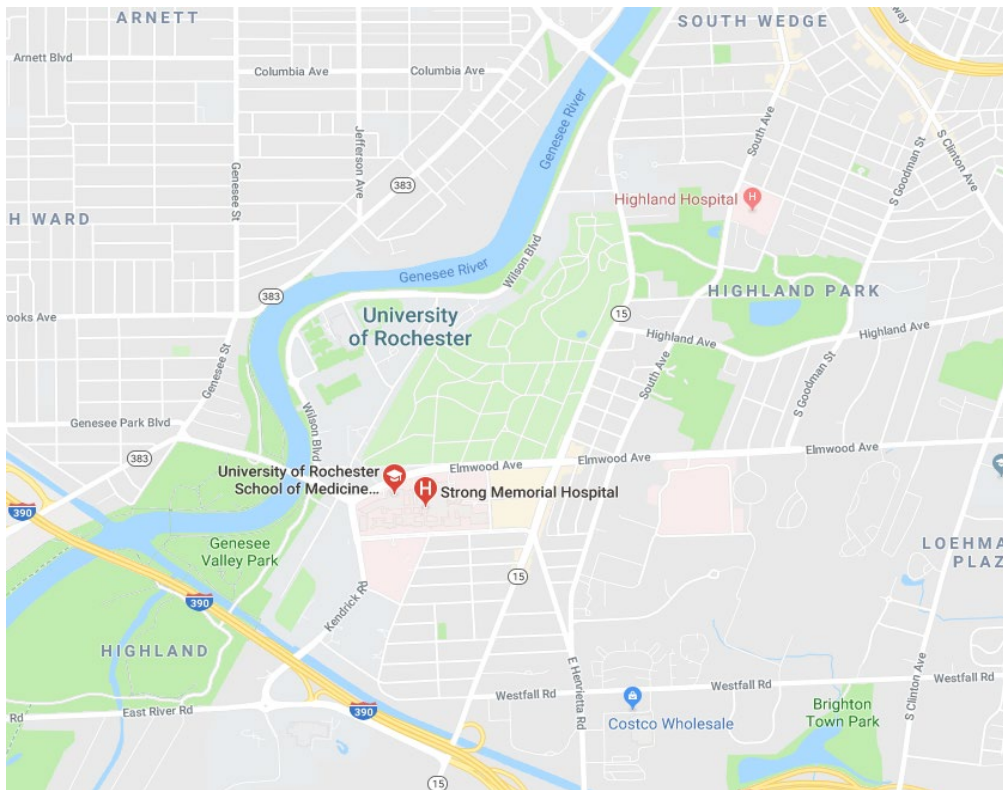
601 Elmwood Ave Box 777
Rochester, NY 14642
Núm. de teléfono 585-276-7190
Núm. de fax 585-756-8054

Visite nuestro sitio web para obtener un recorrido en línea para niños sobre “Qué esperar en su visita por motivos de alergia”

<https://golisano.urmc.edu/allergy>

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. En caso de una emergencia fuera del horario laboral normal, se le conectará con nuestro servicio contestador quien se comunicará con el médico de guardia.

Si aún no lo ha hecho, nos gustaría animarle a que se registre en **My Chart**, que le permite verificar los laboratorios, solicitar citas o enviarnos preguntas y solicitudes de forma segura a través de un portal para pacientes. Puede inscribirse visitando <https://mychart.urmc.rochester.edu/mychart/> o llamando al 585-275-8762 o 888-661-6162.



Desde el sur y la autopista (Salida 46):

Tome I-390 Norte hacia la Salida 16 (W. Henrietta Rd.) luego gire a la derecha en W. Henrietta Rd. (Ruta 15). Continúe dos millas y gire a la izquierda en Elmwood Ave. El estacionamiento estará a la izquierda.

Desde el norte:

Tome I-390 Sur hacia la Salida 16 (W. Henrietta Rd.) luego gire a la izquierda en W. Henrietta Rd. (Ruta 15). Continúe dos millas y gire a la izquierda en Elmwood Ave. El estacionamiento estará a la izquierda.

Desde el estacionamiento hasta el Consultorio de Especialidades Pediátricas:

Tome el ascensor del estacionamiento hacia el 1.º piso. Cuando ingrese al hospital, camine recto hacia los ascensores plateados, que se encuentran a la izquierda, tome los ascensores hasta el sexto piso y continúe hasta la **Sala B**. **En autobús**, usted ingresará por la entrada de autobús de Strong Memorial Hospital (Elmwood Ave.), gire a la izquierda, tome la primera a la derecha hacia los ascensores plateados, tome los ascensores hasta el sexto piso y continúe hasta la **Sala B**.

Si llega en automóvil, lo mejor es estacionarse en la rampa garaje.

<u>Tiempo</u>	<u>Tarifa</u>
0-30 Minutos	GRATIS
31 - 60 Minutos	\$3.00
61 Minutos - 2 Horas	\$5.00
2 Horas - 24 Horas	\$6.00



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fec. Nac. _____

Núm. de HM del paciente: _____

Correo electrónico del paciente: _____

Proveedor: _____

Correo electrónico del proveedor: _____

Representante personal*:

Nombre: _____

Relación: _____

Correo electrónico: _____

** consulte la Política de HIPAA OP16 Representante personal*

1. RIESGO DE USAR EL CORREO ELECTRÓNICO

La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:

- a) El correo electrónico puede hacerse circular, reenviarse, almacenarse electrónicamente e imprimirse en papel, y transmitirse a destinatarios no deseados.
- b) Los remitentes de mensajes de correo electrónico pueden confundir fácilmente un correo electrónico.
- c) Pueden existir copias de seguridad del correo electrónico incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- d) Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a inspeccionar el correo electrónico transmitido a través de sus sistemas.
- e) El correo electrónico puede ser interceptado, modificado, reenviado o usado sin autorización o detección.
- f) El correo electrónico se puede usar para introducir virus en los sistemas informáticos.

2. CONDICIONES PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO

El proveedor no puede brindar garantías, pero hará todo lo razonablemente posible para mantener la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico. El paciente y el proveedor deben dar su consentimiento para las siguientes condiciones:

- a) El correo electrónico no es apropiado para situaciones de urgencia o emergencia. El proveedor no puede garantizar que se leerá o responderá un correo electrónico en particular.
- b) El correo electrónico debe ser conciso. El paciente debe programar una cita si el problema es demasiado complejo o delicado como para tratarlo por correo electrónico.
- c) Las comunicaciones por correo electrónico entre el paciente y el proveedor se archivarán en el registro médico permanente del paciente.
- d) Los mensajes del paciente también pueden delegarse a otro proveedor o miembro del personal para su respuesta. El personal del consultorio también puede recibir y leer o responder los mensajes del paciente.
- e) El proveedor no reenviará correos electrónicos que revelen la identidad del paciente fuera del sistema de atención médica de URMC sin el consentimiento previo por escrito del paciente, excepto según lo autorice o exija la ley.
- f) El paciente no debe usar el correo electrónico para comunicarse con respecto a información médica confidencial.
- g) Es responsabilidad del paciente hacer un seguimiento o programar una cita si se justifica.
- h) Los usos recomendados del correo electrónico de paciente a proveedor deben limitarse a:
 - a. Solicitudes de citas
 - b. Resurtidos de recetas
 - c. Solicitudes de información
 - d. Preguntas sobre atención médica que no son de urgencia
 - e. Actualizaciones de información o intercambio de información no crítica como valores de laboratorio, inmunizaciones, etc.

3. INSTRUCCIONES

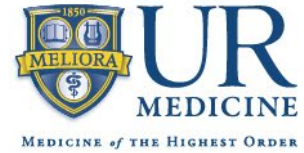
Para comunicarse por correo electrónico, el paciente deberá:

- a) Evitar el uso de la computadora de su empleador.
- b) Colocar el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- c) Colocar el tema (por ejemplo, pregunta médica, pregunta sobre facturación) en la línea de asunto.
- d) Informar al proveedor sobre los cambios en la dirección de correo electrónico del paciente.
- e) Tomar precauciones para mantener la confidencialidad del correo electrónico.
- f) Comunicarse con el consultorio del proveedor a través de métodos de comunicación convencionales (teléfono, fax, etc.) si el paciente no recibe una respuesta dentro de un período de tiempo razonable.

4. RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico entre el proveedor y yo. Doy mi consentimiento para las condiciones e instrucciones aquí descritas, así como para cualquier otra instrucción que el proveedor pueda imponer para comunicarse conmigo por correo electrónico. Acepto usar solo la dirección de correo electrónico previamente designada que se especificó anteriormente. Cualquier pregunta que pudiera haber tenido fue respondida.

Firma del paciente o representante personal _____ Fecha _____
 Firma del proveedor _____ Fecha _____



Cuestionario del paciente

Primer nombre: _____
 Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor remitente o Proveedor de atención primaria (PCP): _____

Dirección del proveedor remitente:
 Calle: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____
 Número de fax: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

¿Qué preguntas/inquietudes específicas son las más importantes abordar en la visita de hoy?

Antecedentes médicos/quirúrgicos (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

Indique qué diagnósticos se le han realizado a su hijo:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica (fiebre del heno) | <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos | <input type="checkbox"/> Urticaria |
| <input type="checkbox"/> Tos alérgica | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído (recurrentes) | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia |
| <input type="checkbox"/> Angioedema | <input type="checkbox"/> Esofagitis eosinofílica | <input type="checkbox"/> Alergia a picaduras de insectos |
| <input type="checkbox"/> Asma/Vías respiratorias reactivas | <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo esofágico | <input type="checkbox"/> Pólipos nasales |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica/Eccema | <input type="checkbox"/> Alergia alimentaria | <input type="checkbox"/> Lupus/Enfermedades reumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Bronquiolitis/Bronquitis | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de las vías respiratorias superiores | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis de contacto | | <input type="checkbox"/> Sinusitis (crónica) |

Otro antecedente médico _____

Adenoidectomía	Sí	No	Tonsilectomía	Sí	No
Cirugía sinusal	Sí	No	Tubos auditivos	Sí	No

Otro antecedente quirúrgico _____

¿Su hijo ha visto a un **alergólogo** en el pasado? Sí No

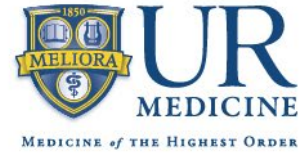
Si su respuesta es Sí, proporcione el nombre del médico _____

¿A su hijo se le han realizado pruebas **cutáneas** para detectar alergias en el pasado? Sí No

*** Si su respuesta es Sí, traiga los resultados de las pruebas**

¿A su hijo se le han realizado análisis de **sangre** para detectar alergias en el pasado? Sí No

*** Si su respuesta es Sí, traiga los resultados de los análisis**



Medicamentos actuales (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

Enumere todos los medicamentos que toma su hijo (incluya la dosis y las horas de administración):

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historial de nacimiento:

Edad gestacional: _____ Método de parto: Vaginal Cesárea

¿Complicaciones durante el embarazo/parto/período neonatal? Sí No
 Si su respuesta es Sí, ¿cuáles fueron? _____

Antecedentes sociales:

¿El niño asiste a la guardería/escuela? Sí No

Nombre de la escuela _____ Grado _____

¿Quién vive en casa con el niño? _____

Vacunas:

¿Están al día las vacunas de su hijo? Sí No

¿Ha habido alguna reacción adversa a las vacunas? Sí No

Si su respuesta es Sí, explique _____

Historial ambiental:

¿Tiene mascotas? Sí No

¿Qué tipo de mascotas? _____

¿Algún otro animal en casa? Sí No

Si su respuesta es Sí, indique cuál _____

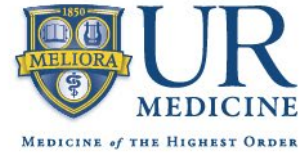
¿Infestación de plagas en casa? Sí No

Ratones Ratas Cucarachas Termitas

¿Hay exposición al humo del tabaco en el hogar o en la guardería/hogar del cuidador? Sí No

¿El paciente usa cigarrillos electrónicos (vapeo)? Sí No

¿Alguien que vive en el hogar usa cigarrillos electrónicos (vapeo)? Sí No



Revisión de los sistemas:

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes síntomas que su hijo **experimenta actualmente**:

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Secreción nasal | Sibilancias | Dolor abdominal | Hinchazón | Irritabilidad |
| Congestión nasal | Tos | Vómitos | Sarpullido | Dolor de cabeza |
| Picazón en los ojos/nariz | | Dificultad para respirar | Diarrea | Urticaria |
| Aumento de peso/crecimiento deficiente | | | Estornudos | Opresión en el pecho |
| Sangre en las heces | Infecciones recurrentes | | Dolor de garganta | |
| Voz ronca | Dificultad para deglutir | | Ganglios linfáticos inflamados | |
| Goteo posnasal | Ronquidos | Acidez/reflujo | Fiebre | |

Antecedentes familiares:

Desconocido (niño adoptado): Sí No

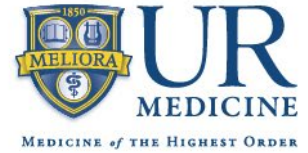
	Alergia alimentaria*	Rinitis alérgica / Alergias	Asma	Dermatitis atópica / Eccema	Esofagitis eosinofílica	Picadura de abeja / Alergia al	Inmuno deficiencia	Lupus / Enfermedad reumatológica	Infecciones recurrentes	Sinusitis	Enfermedad de la	otro
Madre												
Padre												
Hermana												
Hermano												
Otro:												

Para las alergias alimentarias, especifique qué alimentos y síntomas:

Antecedentes de alergias alimentarias (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

Si su hijo ha tenido reacciones alérgicas después de comer ciertos alimentos, indique cuáles:

Alimento	Fecha o edad del niño en el momento de la reacción	Cantidad del alimento	Tipo de exposición (es decir, ingestión, contacto)	Síntomas



¿Qué alimentos están excluidos de la dieta de su hijo?

¿Cuáles de estos alimentos, si los hay, no están estrictamente excluidos (por ejemplo, en pequeñas cantidades como un ingrediente)?

Enumere cualquier alimento que se evite simplemente por pruebas o consejos previos (nunca ha habido una reacción o ingestión):

¿Su hijo se queja de picazón en la boca después de comer frutas o verduras crudas?
Sí No

Antecedentes de Eccema/Dermatitis atópica (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

¿Cuáles son los desencadenantes de los brotes de eccema?

¿Con qué frecuencia se baña su hijo? _____

¿Cuánto dura el baño? _____

¿Qué jabón/limpiador usa? _____

¿Qué humectante usa? _____

¿Qué medicamentos (tópicos u orales) han sido útiles?

¿Qué medicamentos no han sido útiles?

¿Hay picazón durante el día? Sí No

¿Hay picazón durante la noche? Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿esto afecta el sueño? Sí No

¿Qué ha usado para controlar la picazón?

¿Alguna vez se ha infectado la piel, lo cual requirió el uso de antibióticos?

Antecedentes de alergias ambientales (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

Sí No

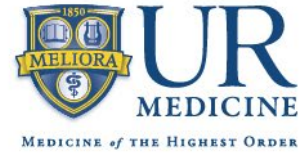
¿Su hijo tiene síntomas alérgicos durante ciertas estaciones?

Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿qué estación y qué tipo de síntomas?

Primavera _____ Verano _____

Otoño _____ Invierno _____



¿Su hijo tiene síntomas alérgicos después de la exposición a animales?

Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿qué animal y qué síntomas? _____

¿Su hijo ha recibido inyecciones contra la alergia en el pasado?

Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿cuándo y por cuánto tiempo? _____

Antecedentes de asma/sibilancias/tos (si no hay ninguno, pase a la siguiente sección):

Edad en el momento del diagnóstico de asma/sibilancias _____

Desencadenantes del asma (encierre en un círculo todo lo que corresponda):

Clima frío Ejercicio Resfriados/Enfermedades Animales Humedad Comer/reflujo

Otros desencadenantes _____

Las siguientes preguntas abordan los síntomas de tos, sibilancias, dificultad para respirar, etc.

Encierre en un círculo la frecuencia con la que ocurren:

1. ¿Con qué frecuencia su hijo experimenta síntomas?	2 veces a la semana o menos	Más de 2 veces a la semana	Todos los días	Varias veces al día
2. ¿Con qué frecuencia se despierta su hijo debido a los síntomas?	2 veces al mes o menos	3-4 veces al mes	Más de una vez a la semana	Todas las noches
3. ¿Con qué frecuencia su hijo usa Albuterol o Xopenex?	2 días a la semana o menos	Más de 2 días a la semana	Todos los días	Varias veces al día
4. ¿El asma causa alguna limitación en la actividad?	Sin dificultad	Poca limitación	Cierta limitación	Mucha limitación
5. ¿Cuántas veces al año su hijo tiene exacerbaciones?	0-1 vez al año	2 veces al año	3 veces al año	Más de 3 veces al año

¿Cuántas veces su hijo ha necesitado esteroides orales (es decir, orapred, prednisona) en los últimos 12 meses?

¿Alguna vez se le ha recetado a su hijo un inhalador (“bomba para el asma”)? Sí No

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado por síntomas respiratorios? Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿su hijo ha estado alguna vez en la unidad de cuidados intensivos (UCI)?

Sí No

Preguntas sobre los gastos médicos

Gracias por confiar en UR Medicine para su atención médica. Nos dedicamos a brindar un nivel excelente de servicio en todos los aspectos de su atención médica, incluso contestar sus preguntas sobre los gastos médicos. Ya que cada vez más pacientes están optando por los planes con deducible alto y coaseguro, vemos que muchos de ellos tienen preguntas sobre los gastos médicos. Como parte de nuestro compromiso de brindar un servicio excelente, proporcionamos el presente documento para informarle sobre los posibles gastos médicos que podrían asumir al recibir atención de UR Medicine.

• Saber más sobre los “niveles de red” de su plan de seguro

Actualmente, existen varios planes de seguro que categorizan los hospitales y a los profesionales de salud según los niveles “dentro de la red” y “fuera de la red”. Generalmente, la categoría de cuidado “dentro de la red” es menos costosa que la categoría “fuera de la red”. Antes de recibir atención médica, es recomendable comunicarse con la compañía de seguro para averiguar el nivel de red de su médico y cómo esto podría impactar sus gastos médicos.

• Proveedores y hospitales de UR Medicine

La mayoría de los proveedores y hospitales de UR Medicine aceptan la mayoría de los planes de seguro (véase al dorso o consulte la página web insurance.urmc.edu). Para verificar si su médico está en la red de UR Medicine, consulte la página web urmc.rochester.edu/people/. También puede averiguar en qué hospitales su médico de UR Medicine atiende; consulte la página web urmc.rochester.edu/people/. Los médicos docentes de UR tienen derechos a internar a pacientes tanto en Strong Memorial Hospital como Highland Hospital.

• Se cobran algunos servicios por separado

A veces se pueden recibir dos facturas distintas de UR Medicine para los servicios médicos realizados. El logotipo de UR Medicine estará en la cabecera de la factura con el detalle de los cobros. En la factura, los cargos se separan en: [1] honorarios de las instalaciones del hospital. Incluyen cargos de cuartos de procedimiento o de cirugía, medicamentos administrados, radiografías, estudios, etc. [2] Honorarios de médicos. Estos incluyen cargos de los proveedores que participaron en su atención en persona o que repasaron imágenes/estudios, etc.

• Referidos y planes de seguro

Si su médico recomienda que usted vaya al hospital, o si programa un procedimiento o análisis, verifique con la compañía de seguro médico que sus profesionales médicos estén “dentro de la red” bajo su plan. En nuestra página web, puede consultar una lista de centros de laboratorio de UR Medicine (urmc.rochester.edu/urm-labs/service-centers.aspx) y de radiología (urmc.rochester.edu/imaging/locations.aspx).

• Gastos previstos de UR Medicine

UR Medicine ofrece una herramienta para estimar los gastos para dar una idea general de los horarios de los servicios o procedimientos en nuestros hospitales o con nuevos proveedores. Para más información, vaya a urmc.rochester.edu/pay-bill/cost-estimates-and-pricing o contacte a nuestro equipo de cotización de gastos clínicos al 585-758-7801.

• Ofrecemos asistencia financiera

UR Medicine también ofrece un programa de asistencia financiera para personas que no pueden pagar los servicios médicos que necesitan. Para más información, consulte la página web:

financialassistance.urmc.edu o llame al 585-784-8889.

Compañías de seguro médico

A continuación se encuentra una lista de las compañías de seguro médico en las que participan los hospitales y profesionales de salud de UR Medicine. Cada compañía puede ofrecer una gama de planes de seguro. Los hospitales y médicos de UR Medicine habitualmente atienden a pacientes cubiertos por una variedad de planes, independientemente de su participación en cada plan. El hecho de que un plan particular no aparece en la lista a continuación no implica que un médico de UR Medicine no participe en dicho plan. Comuníquese con la compañía de seguro médico para averiguar si su plan es aceptado por UR Medicine y si cubre los servicios que necesita.

Compañía de seguro médico	Proveedor	Centro	Centro	Proveedor	Centro	Información de contacto
	Proveedores de UR Medicine	Strong Memorial Hospital	Highland Hospital	Proveedores de UR Medicine Behavioral Health Services	UR Medicine Behavioral Health/Strong Memorial Hospital	
Aetna including Medicare	Si	Si	Si	Si	Si	aetna.com
Beacon Health Options	Si	Si	No	Si	Si	beaconhealthoptions.com
CDPHP, incluye Medicare y planes de PPO	Si	Si	Si	Si	Si	cdphp.com
CCDPPH, Medicare HMO y Medicaid	No	No	No	No	No	cdphp.com
CIGNA	Si	Si	Si	No	No	cigna.com
Elderplan	Si	Si	Si	Si	Si	elderplan.org
EmblemHealth (GHI)	Si	Si	Si	Si	Si	emblemhealth.com
The Empire Plan	Si	Si	Si	Si	Si	empireplanproviders.com
Excellus BlueCross and BlueShield, incluye Medicare y Medicaid	Si	Si	Si	Si	Si	excellusbcb.com
Fidelis Care	Si	Si	Si	Si	Si	fideliscare.org
GWH-CIGNA	Si	Si	Si	Si	No	cigna.com
Highmark BlueCross and BlueShield of Western New York, incluye planes de Medicare	Si	Si	Si	Si	Si	bcbswny.com
Highmark BlueCross and BlueShield of Western New York, planes de Medicaid	Si	Si	Si	Si	Si	bcbswny.com
iCircle Care	Si	Si	Si	Si	Si	icirclecarecny.org
Independent Health, incluye Medicare	Si	Si	Si	Si	Si	independenthealth.com
Independent Health, planes de Medicaid/MediSource	Si	Si	Si	Si	Si	independenthealth.com
MagnaCare	Si	Si	Si	Si	No	magnacare.com
Martin's Point (US Family Health Plan)	Si	Si	Si	Si	No	martinspoint.org
Medicaid del estado de Nueva York*	Si	Si	Si	Si	Si	health.ny.gov/health_care/medicaid/
Medicare*	Si	Si	Si	Si	Si	medicare.gov
Molina Healthcare	Si	Si	Si	Si	Si	molinahealthcare.com
MultiPlan / PHCS	Si	Si	Si	Si	No	multiplan.com
MVP Health Care including Medicare Plans and Medicaid Plans	Si	Si	Si	Si	Si	mvphealthcare.com
Nascentia Health Plus	Si	Si	No	Si	Si	nascentiahealthplus.org
Nova Healthcare Administrators	Si	Si	Si	Si	Si	novahealthcare.com
OptumHealth Behavioral Solutions / United Behavioral Health	Si	Si	No	Si	Si	liveandworkwell.com
POMCO/UMR	Si	Si	Si	Si	Si	umr.com
TRICARE*	Si	Si	Si	Si	Si	tricare.mil
UnitedHealthcare, incluye planes de Medicare	Si	Si	Si	Si	Si	uhc.com
UnitedHealthcare Community Plan, planes de Medicaid	Si	Si	Si	Si	Si	uhccommunityplan.com
Univera Healthcare, incluye Medicare	Si	Si	Si	Si	Si	univerahealthcare.com
Univera Healthcare, Medicaid/MyHealth	No	No	No	No	No	univerahealthcare.com
Veterans Affairs Community Care Network (VA CCN)	Si	Si	Si	No	No	va.gov/communitycare
Wellcare by Fidelis Care, planes de Medicare	No	No	No	No	No	fideliscare.org/WellcareMedicare
World Trade Center (WTC) Health Program	Si	Si	No	Si	Si	cdc.gov/wtc/

*UR Medicine es un proveedor fuera de la red autorizado por Tricare y acepta cargos permitidos por Tricare.