



BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE LA COMUNICACION QUE TENEMOS CON NUESTROS PACIENTES REFERENTES A LAS POLITICAS DE NUESTRA OFICINA. A CONTINUACION LE PROVEHEMOS ALGUNOS PUNTOS IMPORTANTES.

- Por favor notifique a nuestras oficinas cualquier cambio de domicilio, número de teléfono, trabajo o seguro médico.
- Usted deberá de ser el guardian financiero de cualquier cobro relacionado con su tratamiento médico en Dominion Orthopaedic & Spines. Nosotros acreditaremos su cuenta por lo pagos recibidos de:
 - (a) Su plan de seguro medico valido, si su plan así lo aprueba: y
 - (b) Cualquier fuente secundaria de pago que haya identificado en nuestras oficinas. Usted puede tener un balance pendiente después de que esta tercera instancia haya hecho los pagos referidos, por lo que usted deberá de ser responsable por hacer los pagos necesarios en el modo y tiempo correspondiente.
- Si usted tiene un seguro medico valido y desea que este sea su fuente de pago, DEBERA DE PRESENTAR SU CREDENCIAL DE SEGURO/ IDENTIFICACION DURANTE LA RECAUDACION DE SU INFORMACION O MOMENTOS ANTES DE SU CITA. Usted aceptara su responsabilidad financiera por cualquier cargo negado o no cubierto por su plan de seguro médico.
- Sera su responsabilidad obtener la información de quien lo deriva a nuestras oficinas. Los cargos negados por falta de información serán su responsabilidad.
- Algunos seguros médicos normalmente no cubren los materiales utilizados en nuestra clínica. Si le informamos que algún material no será cubierto por su seguro, usted deberá de hacerse responsable por el pago de dicho material. Si su seguro médico recibe nuestro recibo pero no realiza pago alguno, usted deberá cubrir el costo total asignado.
- Si usted necesita cancelar o re-agendar su cita, deberá de hacerlo en menos de 24 horas antes de su cita y 48 horas antes de cualquier procedimiento médico agendado. Su notificación es importante para nosotros pues así tendremos la oportunidad de brindar nuestros servicios a pacientes que lo necesitan urgentemente.
- Existe una cuota de \$40.00 por cualquier formulario (FMLA, Disability forms, etc) extra que solicite. El proceso tiene una duración de 5 a 7 días hábiles para ser completado.
- Existe una cuota de recuperación de \$35 si su banco rechaza cualquier cheque a nuestro nombre.

He leído la política de declaración señalada en el párrafo anterior. Como paciente de Dominion Orthopaedic & Spine, comprendo mis responsabilidades.

Firma del paciente/Guardián

Fecha



New Patient Questionnaire/Nuevo Paciente Cuestionario

Date/Fecha:	Patient Name/ Nombre del paciente:	DOB/ Fecha de nacimiento:
Primary Care Physician/ Médico de atención primaria:		Referred by/ Referido por:
VITALS:/Signos vitales:	WEIGHT/Peso:	HEIGHT/Estatura:
		Age/ Edad:

Pregnancy/Embarazo (circle one/circule uno):

Are you currently pregnant/Actualmente está embarazada? Yes No Unknown/Desconocido

Have you been treated by another physician in our practice/Alguna vez ha sido tratado por algún doctor en nuestra oficina? (Please check box/ Por favor seleccione una casilla):

Dr. John Foster III Dr. Nicole Forsythe Dr. William Sutlive Dr. Eric Steenlage Dr. Pinecca Patel Dr. Jeffrey Kovacic

Have any family members been treated by Dominion Orthopaedic & Spine/Algún miembro de su familia ha sido tratado por Dominion Orthopaedic & Spine ?

No Yes _____

REASON FOR VISIT/Razon de su visita (Check all that apply/Seleccione alguna de las casillas)

Location	Right	Left	Both	Location	Right	Left	Both
Back/Espalda				Thigh/Muslo			
Neck/Cuello				Knee/Rodilla			
Shoulder/Hombro				Shin/Menton			
Elbow/Codo				Ankle/Robillo			
Wrist/Muñeca				Foot/Pie			
Hand/ Mano				Toe/Eedo del pie			
Finger/Dedo				Other/Otro:			
Hip/Cadera							

Date of Injury(Fecha del accidente): _____

Is your injury work-related (su accidente estuvo relacionado con el trabajo)?: Yes No

How did your injury occur/Como ocurrió el accidente?: _____

Please circle your dominant hand/ Por favor seleccione su mano dominante: Right/Derecha Left/Izquierda

How SEVERE is your pain/Que tan severo es su dolor? (Circle one/circule uno): MILD/Poco MODERATE/Moderado SEVERE/Severo

Describe the ONSET of your pain/Describe el inicio de su dolor (Select one/Seleccione uno):

- GRADUAL/Gradual SUDDEN/Repentino
- GRADUAL FOLLOWING AN INCIDENT AT WORK/Gradual después del accidente de trabajo
- SUDDEN FOLLOWING AN INCIDENT AT WORK/Repentino después del accidente de trabajo
- SUDDEN FOLLOWING A MOTOR VEHICLE ACCIDENT/Repentino después del accidente automovilístico
- SUDDEN FOLLOWING A SLIP & FALL/Resbalón y caída

How long have you had your pain/ Por cuanto tiempo ha sentido malestar?

(Enter #/Escriba #) _____ (Circle one/Circule uno) HOURS/Horas DAYS/Días WEEKS/Semanas MONTHS/Meses YEARS/Años

Describe the COURSE of your pain/Describe el curso de su dolor (Circle one/circule uno):

INCREASING/Incrementando DECREASING/Decreciendo CONSTANT/Constante

Describe the PATTERN of your pain/describe el patron de su dolor (Circle one/circule uno):

INTERMITTENT/Intermitente PERSISTENT/Persistente

What DIAGNOSTIC tests have you had for this problem/Qué tipo de exámenes diagnósticos ha recibido para este problema? (Circle one/circule uno)

MRI CT X-RAY Who ordered/Quien ordeno?: _____ Facility/Lugar: _____



What TREATMENTS have you had for this problem/Que tipo de tratamiento ha recibido para este problema? (Circle one/circule uno)
 NONE/Ninguno INJECTION/Inyección OCCUPATIONAL THERAPY/Terapia ocupacional PHYSICAL THERAPY/Terapia física
 CHIROPRACTIC CARE/Quiropráctico (Dr. Name/nombre del doctor & Location/ locación _____)

ALLERGIES/Alergias

Please circle medication allergies and list reactions:/Por favor circule los medicamentos a los que es alérgico y explique cual es su reacción.

NONE/Ninguno	PENICILLIN/Penicilina	SULFA/Sulfamida	CODEINE/Codeína	IODINE IVP DYE/Contraste intravenosa
LATEX/Latex	ERYTHROMYCIN/Eritromicina	LEVAGUIN/Levaguin	DEMEROL/Demerol	IBUPROFEN/Ibuprofeno
OTHER/Otro			REACTION/Reacción:	

FAMILY HISTORY/Historia familiar: None/Ninguno

Complete all that applies/Complete todo lo que aplique

Medical Problem	Family Member	Medical Problem	Family Member
1. Heart Disease/Enfermedades del corazon		5. Kidney Problems/Insuficiencia renal	
2. Diabetes		6. Hypertension/Hipertensión	
3. Stroke/Infarto		7. High Cholesterol/Colesterol alto	
4. Bleeding problems/Hemorragias		8. Osteoporosis	

PAST MEDICAL HISTORY/Historial medico: None/Ninguno

Complete all that applies/Complete todo lo que aplique

HYPERTENSION/Hipertension	ASTHMA/Asma	ANEMIC/Anemia	HIV/HVI	BLOOD CLOTS/Coágulo de sangre
HIGH CHOLESTEROL/Alto colesterol	PACEMAKER/Marcapasos	STROKE/Infarto	DIABETES	ULCERS/Ulceras
HEPATITIS A B C	ULCER(STOMACH)/Ulcera en el estomago	GOUT	CANCER [type]	
RHEUMATOID ARTHRITIS/artritis reumatoide	DEPRESSION/Depresión	RENAL INSUFFICIENCY/Insuficiencia renal		
KIDNEY DISEASE/Enfermedad del riñon	THYROID ISSUES/Problema tiroides	OTHER/Otro: _____		

PAST SURGICAL HISTORY/Historial de cirugías anteriores: None/ ninguna

(LIST ALL/Listar todo)

SURGERY/Cirugía	DATE/Fecha	HOSPITAL
1.		
2.		
3.		
4.		

SOCIAL HISTORY/Historial social:

Tobacco/Tabaquismo: YES NO OCCASIONAL How often?/Frecuencia? _____
Alcohol/Alcoholismo: YES NO OCCASIONAL How often?/Frecuencia? _____
Drugs/Drogas: YES NO OCCASIONAL How often?/Frecuencia? _____

Please list your current medications/Por favor enliste su medicación actual: None/Ninguno

1.	6.	10.
2.	7.	11.
3.	8.	12.
4.	9.	13.

PHARMACY Name:/ Nombre de su farmacia _____ **Phone:** _____

Patient Signature/Firma del paciente: _____



PATIENT HEALTH INFORMATION – RELEASE AUTHORIZATION

AUTORIZACION PARA LIBERAR LA INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

Your health and medical information is considered sensitive and private and is afforded protection under the law. However, there are circumstances when you may want someone other than yourself to pick up documents, x-rays or other items on your behalf./ Su información médica es importante, privada y protegida por la ley. Sin embargo, puede existir el caso en donde necesite de alguien además de usted para recoger o recibir sus documentos, rayos x o cualquier otro objeto a su nombre.

Please list the names of any individuals that you would like to access or retrieve personal health information, documents, or other items on your behalf./ Por favor escriba el nombre de cualquier persona que le gustaría tuviera el poder de recibir su información medica u otra información a su nombre.

1. _____ Relation/relacion: _____
2. _____ Relation/relación: _____
3. _____ Relation/relación: _____

___ I decline to have anyone pick-up patient information on my behalf./ Me niego a que alguien reciba mi información.

I understand that authorizing disclosure of this health information is voluntary and I can refuse to sign this authorization. Any other use of this information without my written consent is prohibited. I further understand that I may revoke this consent (in writing) at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it./ Entiendo que autorizar la liberación de mi información es voluntaria y me puedo negar a firmar esta autorización. Cualquier otro uso de esta información sin mi consentimiento es prohibido. También entiendo que en un futuro puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento excepto cuando esta acción ya haya sido aplicada.

Signature of Patient or Legal Representative
Firma del paciente o representante legal

Date
Fecha

AUTHORIZATION TO OBTAIN MOTOR VEHICLE ACCIDENT REPORTS, INCIDENT REPORTS AND RECORDS ASSOCIATED WITH MY CLAIM

AUTORIZACION PARA LIBERAR EL REPORTE DEL ACCIDENTE VEHICULAR. REPORTES DE INCIDENTES Y LOS EXPEDIENTES ASOCIADOS CON MI CASO

I, _____ (*patient full name/nombre completo*), hereby authorize Dominion Orthopaedic & Spine and its affiliates (collectively, "Dominion") to obtain, on my behalf, any and all report(s), narrative(s) or other relevant information, specifically, in connection with my personal injury claim that occurred on or around _____ (*date of incident/fecha del accidente*) further identified as a

_____ (*patient write in type of incident/escriba el tipo de accidente*), from any governmental agency, law firm, or other party in interest. I understand that Dominion Orthopaedic & Spine will promptly furnish a courtesy copy of any report(s) or information obtained on my behalf, at my request.

Signature of Patient or Legal Representative
Firma del paciente o representante legal

Date
fecha



NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SE USARA Y REVELARA SU INFORMACION MEDICA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA

COMO UTILIZAREMOS Y REVELAREMOS SU INFORMACION MEDICA: Las siguientes categorías describen las diferentes formas en la que usaremos y revelaremos su información. Describiremos cada categoría de uso y liberación con algunos ejemplos específicos, si así lo requiere. No todos los usos en cada categoría serán enlistados. Sin embargo todas las formas en que tenemos permitido utilizar su información forma parte de las siguientes categorías.

Para pago: Usaremos y revelaremos cualquier información médica sobre su tratamiento y servicios recibidos en su forma de pago que usted, su compañía de seguro y terceras partes soliciten. Por ejemplo: podremos liberar su historial con su seguro médico para poder ser remunerados por su tratamiento médico.

Para tratamiento: Usaremos su información medica para proveer cualquier tratamiento o servicio. Liberaremos información su medica con los doctores, enfermeras, técnicos y estudiantes de medicina u otro personal que se encuentre involucrado con el paciente o el hospital. Por ejemplo: compartiremos su información con quien este involucrado con su cuidado médico, como su familia, amigos u otras personas que sean parte de su cuidado.

Para procedimientos relacionados con el cuidado de su salud: utilizaremos su información sobre cualquier procedimiento que implique su cuidado médico. Este uso y liberación de información son necesarios para asegurar que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Liberaremos su información a doctores, enfermeras, técnicos y estudiantes de medicina u otro personal autorizado con propósitos educativos. Por ejemplo, podremos revisar su historial medico para mejorar nuestros servicios de calidad.

QUIEN SEGUIRA ESTA NOTIFICACION. Esta notificación describe nuestras prácticas políticas y procedimientos hacia profesionales de la salud autorizados para modificar su registro médico, cualquier miembro o voluntario que sea autorizado para ayudarlo, así mismo como trabajadores, staff y otro personal.

POLITICA SOBRE LA PROTECCION DE INFORMACION PERSONAL. Nosotros crearemos un historial de su cuidado y servicios que recibió en nuestra práctica. Nosotros necesitamos este historial para proveerle cuidado de calidad y para cubrir requerimientos legales específicos. Esta notificación aplica a todos los historiales generados en nuestra práctica o fueran practicados por nuestro personal o su medico personal. La ley requiere que nosotros: Aseguremos que la información medica que le identifica sea privada, mostrarle esta notificación es una obligación legal respecto a su información médica; y seguir los términos de notificación que son actualmente aplicables. Otras formas en que podemos utilizar su información son: para confirmación de citas. Como lo requiere la ley; beneficios y servicios relacionados con su salud; a personas involucradas en su cuidado o en el pago de su tratamiento; investigación; para evitar consecuencias en su salud y seguridad, y para tratamientos alternativos. Otros usos de su información medica y personal pueden incluir: examinadores médicos o directores funerarios, actividades relacionadas con la salud, departamento policial, demandas legales o disputas, militares y veteranos, seguridad nacional; donación de órganos, servicios para la protección del presidente y otros eventos relaciones con riesgos a la salud pública y compensaciones laborales.

NOTIFICACION DE DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos sobre su información médica:

Derecho a fotocopiar esta notificación: Usted tiene el derecho de fotocopiar esta notificación. Usted puede pedirnos una copia de esta notificación en cualquier momento.

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información medica para tomar decisiones relacionadas con su salud. Nosotros podremos negar su petición para inspeccionar y fotocopiar su información en casos limitados.

Derecho de enmienda. Usted tiene el derecho de permanecer enmendado por el tiempo que esta información se archive o durante nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, deberá de hacerlo por escrito a las oficinas de privacidad y deberá de proveer la razón que respalde su petición. Nosotros podremos negar su solicitar de enmienda.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de su información medica para el tratamiento, pago u operaciones médicas. Usted también tiene el derecho de solicitar o limitar su información medica a cualquier persona que se encuentre relacionado con su cuidado o pago del tratamiento, como su familia o amigos. Nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si su petición es aceptada, usted recibirá una copia de este acuerdo, si su información no es necesaria en un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted deberá de hacerlo por escrito a la Oficina de privacidad.

Derecho a solicitar comunicación confidencial. Usted tiene el derecho de solicitar comunicarnos con usted acerca de cualquier tema medico de alguna forma o locación en específico. Usted deberá de hacer una solicitud por escrito y deberá de especificar como y cuando desea ser contactado.

Derecho a una revelación de su contabilidad. Usted tiene el derecho a solicitar una revelación de su contabilidad. Esto es una liberación de su información médica contable. Para solicitar esta lista o cualquier otra revelación, deberá de solicitarla por escrito a la Oficina de privacidad.

CAMBIOS EN ESTA NOTIFICACION. Nos reservamos el derecho a cualquier cambio de notificación. Nosotros enviaremos una copia de nuestra notificación actualizada por medio de nuestras oficinas.

QUEJAS. Si usted cree que nuestro derecho de privacidad es violentada puede enviar una queja a nuestras oficinas o a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the department of Health and Human Services), el archivo con el derecho de privacidad, contacto (nombre, titulo, teléfono del contacto u oficina responsable en atender quejas). Todas las quejas deberán de hacerse por escrito. Usted no será penalizado por señalar alguna queja.

OTROS USOS DE SU INFORMACION MEDICA. Otros usos y liberación de su información medica pueden no ser cubiertos en esta notificación o las leyes que se utilizan para ellas pueden no estar escritas. Si usted provee su permiso para usar o revelar su información, puede eliminar este permiso por escrito en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta notificación o quisiera recibir una explicación mas detallada, por favor contacto a la Oficina de Privacidad.

Signature of Patient or Legal Representative _____ **Date/Fecha** _____
Firma del paciente o representante legal



FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

POR FAVOR LEA Y FIRME

Yo, la persona que firma, consiento el siguiente tratamiento:

- Administración y ejecución de todos los tratamientos..
- Administración de cualquier anestesia.
- Ejecución de dichos procedimientos si son necesitados o recomendados para el tratamiento del paciente.
- Uso de medición prescrita
- Ejecución de procedimientos para diagnósticos/test y cultivos.
- Ejecución de cualquier otro test clínicamente aprobado que pueda considerarse necesario o recomendado, basado en el juicio del doctor o personal asignado.

Entiendo completamente que esta información se me dio antes de cualquier diagnostico o tratamiento.

Entiendo que este consentimiento continuara su curso después de cualquier diagnostico hecho o tratamiento recomendado. Este consentimiento permanecerá completamente activo hasta que sea revocado por escrito.

Entiendo que los doctores **John I. Foster, III, M.D., FACS, Nicole E. Forsythe** incluirán este consentimiento en la red de oficinas que son parte del mismo dueño.

Yo, la persona que firma, autorizo a los doctores **John I. Foster, III, M.D., FACS, Nicole E. Forsythe** para que usen y divulguen mi información con propósitos relacionados al tratamiento, pago y operaciones que se describen en la notificación de prácticas privadas.

Una fotocopia de este consentimiento será válida como el original.

Pacientes de medicare. Autorizo liberar mi información clínica a la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration) o sus intermediarias en las demandas de Medicare. De igual forma, asigno los beneficios pagables por sus servicios a **John I. Foster, III, M.D., FACS, Nicole E. Forsythe**.

Comprendo que he leído la notificación de practicas privadas de **Dominion Orthopaedic and Spine**. Entiendo que cualquier pregunta y queja debería de contactar al Oficina de privacidad.

INICIALES: _____.

Acredito que he leído y comprendido completamente los puntos dictados anteriormente y consiento completamente y voluntariamente todos sus contenidos.

Firma del paciente

Fecha

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES

- Es nuestro compromiso manejar el dolor de nuestros pacientes de la manera más sana posible. La política de Dominion Orthopaedic and spine es la siguiente.
- Comprendo que existe un riesgo en padecer efectos secundarios asociados a la ingesta de medicina prescrita como opios, derivados de la cocaína (Schedule II) o benzodiazepinas (conocidas como sustancias controladas), incluyendo:
 - Adicción
 - Tolerancia
 - Dependencia
 - Incremento de dolor
 - Depresión respiratoria
 - Constipación
 - Perdida del libido
 - Sedación
 - Cambio en la menstruación
 - Cambios hormonales que implique la consulta de un endocrinólogo
 - Riesgos en el embarazo
 - Cambios en el sueño
 - Interacción letal con otros medicamentos, incluyendo alcohol
 - Suspender el medicamento puede causar abstinencia
- Notificare inmediatamente a Dominion Orthopaedic and Spine si experimento alguno de los efectos secundarios/ efectos señalados anteriormente.
- Entiendo que no puedo, en ninguna circunstancia, consumir alcohol mientras tomo medicamento controlado.
- Entiendo que no puedo, bajo ninguna circunstancia, consumir ningún medicamento ilícito.
- Entiendo que soy completamente responsable por manejar la seguridad en mi medición, si mi medicación o prescripción se pierde o es robada, no recibiré ningún reemplazo. Si necesito un repuesto, necesitare proveer una copia del reporte policial a Dominion Orthopaedic and Spine. No daré, venderé o distribuiré mi medicación a nadie por ninguna razón.
- Los paciente no-quirurgicos recibirán narcóticos por 2 o 3 semanas después de la fase de diagnóstico de la lesión o enfermedad. Ninguna otra escala de medición se utilizara para cuantificar su dolor después de esta fase.
- A los pacientes que necesiten cirugía se les dará fuertes medicamentos para su dolor cuando agenden su cita. Esta prescripción será usada inmediatamente después del procedimiento. Esto permitirá que los pacientes tengan su medicación para el dolor lista y disponible para cuando regresen a sus hogares después de cirugía. Sera la responsabilidad del paciente no perder su prescripción antes de la cirugía. No se hará ninguna excepción si pierde su prescripción o se recetara un repuesto de la misma.
- Si el dolor continua, se prescribirá medicina para el dolor en una menor medida. Este tipo de medicamentos serán dados de 2 a 6 semanas dependiendo de la severidad de la cirugía.
- Después de estas 6 semanas, ningún otro narcótico o medicina para el dolor será dará. Los procedimientos que se utilizaran para disminuir el dolor incluyen: terapia física, icing, descanso, NSAIDs y relajantes musculares.



MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES

- Si el dolor persiste después de los puntos anteriores, los pacientes serán transferidos a un especialista en el manejo del dolor.
- Si determinamos que nuestro paciente obtiene narcóticos en algún otro lugar, el paciente no recibirá ninguna otra prescripción para el manejo del dolor.
- Ningún narcótico será utilizado en nuestra practica. LA PRESCRIPCION DE NARCOTICOS DEBERA SER OBTENIDA AL MISMO TIEMPO EN QUE ES ASISTIDO POR EL DR. FOSTER Y LA DRA FORSYTHE.

DOMINION OTHOPAEDIC AND SPINE cree que la política anterior es del mejor interés para todos nuestros pacientes. Cada petición de nuestros pacientes será evaluada individual y profesionalmente. Nuestro deseo es que nuestros pacientes no desarrollen ningún tipo de adicción a los narcóticos y medicamentos.

Yo, _____ doy a Dominion Orthopaedic and Spine el permiso para investigar, discutir y liberar completamente mi historial de vida. (Incluyendo la información obtenida a través del programa Georgia Prescription Drug Monitoring "GA PDMP" mantenido por el departamento de Salud Publica de Georgia ((404) 657-2700), o cualquier otro doctor, farmacia y seguro que se encuentre involucrado en su pago de servicios y asistencia medica.

Yo reconozco que comprendo, entiendo y afirmo añadirme estrictamente a todas la políticas e indicaciones antes expuestas.

Patient Signature/Firma del paciente

Date/fecha



AUTORIZACION DE LIBERACION MEDICA

Usted esta autorizado y dirigido a proporcionar toda la información relacionada con su atención médica y tratamiento a:

Dominion Orthopaedic and Spine
John I. Foster, III, M.D., FACS
Nicole E. Forsythe, M.D.

5555 Peachtree Dunwoody Road
Suite 215
Atlanta, GA 30342
Phone: (770)455-4009
Fax: (770)455-4065

Esta autorización incluye el equipamiento de todos los originales y copias de todas las tablas, resúmenes y resultados de test y cualquier otro memorándum escrito, incluyendo x-ray y fotografías.

Este _____ día de _____, _____.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Dia de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____



POLITICA DE CANCELACION O AUSENCIA

Nuestro objetivo es conocer las necesidades de nuestros pacientes, nosotros daremos nuestro mejor esfuerzo para agendar su cita lo mas eficazmente posible. A cambio, ***es su responsabilidad hacer un esfuerzo por presentarse a su cita agendada y llegar puntualmente ella como se le indico con anterioridad.***

No obstante, comprendemos que pueden ocurrir eventos inesperados que pueden interferir que se presente a su cita. Por respeto y consideración a otros pacientes que necesitan una cita urgentemente, le pedimos nos notifique inmediatamente si considera que no podrá asistir a su cita.

Si necesita cancelar o reagendar su cita, usted deberá de hacerlo ***24 horas antes de su cita agendada y 48 horas antes de cualquier procedimiento para evitar pagar \$50.00 como recargo.*** Si usted esta agendado para una cirugía o procedimiento, el recargo será de \$250.00. Este recargo no lo cubrirá su seguro médico o cualquier otra compensación que tenga como trabajador. En un esfuerzo para atender pacientes a su debido tiempo, su notificación de 24 o 48 horas es necesaria para poder agendar otros pacientes que así lo necesitan.

El recargo de su cancelación o reagenda deberá de ser pagado antes de su siguiente cita agendada. Gracias por su consideración en esta situación.

Pacientes que tienen alguna compensación por parte de su empleador, por favor considere que necesitaremos notificar a su ajustador y /o a la enfermera que maneja su caso si cancelo su cita con 48 horas de anticipación.

Declaro que he leído y los puntos anteriores señalados sobre la política de cancelación y ausencia y en consecuencia acepto dichos términos.

Firma del paciente

Fecha