



Jesse Eisenman, M.D. | Richard Eisenman, M.D. | Cathia Rene, M.D.

Y. Joseph Usta, M.D. | Walisbeth Class-Vázquez, M.D., | José Meléndez, M.D.

Phone: 561.753.7487 Fax: 561.753.8161

Consiento de Tratamiento

Yo _____ (nombre de paciente) entiendo que parte de mi cuidado medico, Eisenman & Eisenman, M.D., Advanced Gastro Consultants produce y mantiene papeles/ documentos electronicos describiendo mi historia medica, sintomas, y resultados de exámenes, diagnosis, tratamientos y cualquier planes para el cuidado y tratamiento mio.

Consentimiento de tratamiento: Yo doy mi consentimiento Eisenman & Eisenman, M.D., Advanced Gastro Consultants para que me examinen, traten, y hagan/exámenes diagnosticos y procedimientos de oficina que sean necesarios. Yo autorizo que vean mi historia de cripciones pres de recusos externo para facilitar ordenes y reconciliacion de medicina apropiados. Yo entiendo que la comunicacion entre providous de cuidado de la salud es necesario para la calidad de cuidado y puedo pedir informacion entre otros medicos que yo haya visto.

Razon de Responsabilidad: Yo entiendo que si yo me voy de la practica sin el consentimiento del medico o si fallo las instrucciones de seguimiento, lo hago bajo mi responsabilidad. Tambien entiendo que cualquier lesion o dano que sufra mientras este fuera de Eisanman & Eisenman, M.D. Advanced Gastro Consultants es mi responsabilidad.

_____ Imiciates

Politica Financiera del Paciente

El siguiente es una declaración de nuestra politica financiera. Requerimos que usted lea y firme este documento antes de su tratamiento. Además, pedimos que usted complete nuestro formulario de inscripción del Paciente, incluyendo información de facturar de seguro, antes de que usted sea visto.

1. Nuevos pacientes que tienen seguro son esperados pagar su resposnabilidad de coaseguro o co-pago la fecha que sean vistos. Si el deducible no sido complido, es necesario que paciente pague la deuda entera hasta la cantidad de su deducible en el momento del servicio.
2. Si usted es miembro de un HMO o PPO con el que participamos, su co-pago o co-suguro deben ser pagados el día del tratamiento. Si usted pertenece a un HMO, debe tener una referido antes que podamos brindarle cualquier servicio. Es responsabilidad suya de obtener el referido de su Doctor Primario. Si usted no tiene el referido el día de la cita, la cita tendrá que ser camboada.
3. Los pacientes establecido con duedas sobresalientes son esperados a pagar esa deuda en compleo antes de ser vistos o tratados. No diagnóstico o tratamiento serán hechos para pacientes cuya deuda exceda \$100.00. En caso de dificultada financiera, arreglos especiales de pago pueden ser hechos.
4. Los pacientes que feuron vistos originalmente en el hospital, y van a volver a la oficina para seguir sus servicios son esperados a proporcionar información exacta de sguro y responsable de referencia, de los co-pagos, y del co- seguro en el momento de la cita.
5. Los pacientes pueden pagar por : dinero, cheques, MasterCard, American Express, Visa o Discover. Los pacientes cuyos cheques son devueltos a nosotros debido a fondos insuficientes seran multados \$25, el salso tendrá que ser pagado por dinero efectivo, tareta de crédito o giro postal.
6. Los pacientes que no pangan su deuda ni establecen una pauta de pagos constantes dentro de 90 días de la fecha fueron facturados por primer oves o después de recibir 3 declaraciones de nuestra oficina, puede ser enviado a una agencia de coleccion en nuestro beneficio.
7. Los pacientes cuyas cuentas han sido envidas a la agencia de coleccion serán descargados de nuestra práctica y ya no podrán ser vistos. Las excepciones sólo serán hechas si la deuda de coleccion esta pagada.
8. Copagos o coseguuro se aplicara en su seguimiento de cita.

_____ Firma

_____ Fecha

_____ Imprina Nombre

_____ Numero de Seguro social