



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

Consentimiento para Tratamiento

Yo _____ (nombre del paciente) entiendo que como parte de mi cuidado medico, Eisenman & Eisenman, M.D., Advanced Gastro Consultants produce y mantiene papeles/documentos electronicos describiendo mi historial medico, sintomas y resultados de exámenes, diagnosticos, tratamientos y cualquier plan para el cuidado y tratamiento de mi persona.

Consentimiento para tratamiento : Yo doy mi consentimiento a Eisenman & Eisenman, M.D., Advanced Gastro Consultants para que me examinen, traten y hagan exámenes y procedimientos de oficina que sean necesarios para mi diagnostico. Yo autorizo que vean mi historial de prescripciones de recursos externo para facilitar ordenes y reconciliación de medicina apropiados. Yo entiendo que la comunicación entre proveedores de cuidado de la salud es necesario para la calidad de cuidado y puedo pedir información entre otros medicos que yo haya visitado.

Razón de Responsabilidad : Yo entiendo que si me voy de la practica sin el consentimiento del medico o si fallo las instrucciones de tratamiento, lo hago bajo mi responsabilidad. Tambien entiendo que cualquier lesion o daño que sufra mientras no este en Eisenman & Eisenman, M.D., Advanced Gastro Consultants será mi responsabilidad.

Iniciales

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 del seguro, antes de que usted sea visto.

1. Nuevos pacientes con o sin seguro medico deben pagar su resposnabilidad de co-seguro o co-pago la fecha en que sean vistos. Si el deducible no ha sido cubierto en su totalidad, es necesario que el paciente pague la deuda entera hasta la cantidad que su deducible indique a el momento del servicio.
2. Si usted es miembro de un HMO o PPO del cual seamos participantes, su co-pago o co-seguro deben ser pagados el día de su cita. Si usted pertenece a un HMO, debe tener un referido antes de 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 cambiada.
3. Los pacientes establecidos con balances a previos procedimiento o consulta deben pagar esa deuda por completo antes de ser vistos o tratados nuevamente. Ningun diagnóstico o tratamiento será hecho para pacientes cuya deuda exceda \$100.00. En caso de alguna dificultad financiera, se tomará en consideración un arreglo de pago.
4. Los pacientes que fueron vistos por primera en el hospital por alguno de nuestros proveedores y desean continuar su cuidado y su servicio aqui, deben de proporcionar información del seguro medico y son responsables del referido, de los co-pagos, y del co-seguro en el momento de la cita.
5. Los pacientes pueden pagar con: efectivo, cheques, o tarjeta de crédito (MasterCard, American Express, Visa o Discover). Los pacientes cuyos cheques sean devueltos debido a fondos insuficientes seran multados \$25 y el saldo tendrá que ser pagado con dinero efectivo, tarjeta de crédito o giro postal.
6. Los pacientes que no paguen su deuda ni establezcan una forma de pago constante dentro de los 90 días de la fecha en que fueron facturados por primera vez o después de recibir 3 estados de la cuenta de nuestra oficina, puede ser enviado a una agencia de colección en nuestro beneficio.
7. Los pacientes cuyas cuentas han sido envidas a la agencia de colección serán dados de alta de nuestra práctica y ya no podrán ser vistos. Las excepciones sólo serán hechas si la deuda de colección ha sido pagada.
8. Co-pagos o co-seguro se aplicará a todas sus citas.

CERTIFICO QUE HE LEIDO ESTA FORMULARIO Y QUE ENTIENDO SU CONTENIDO.

Firma

Fecha

Imprima su Nombre