



Gastro Salud y Nutrición

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Acuerdo Financiero

- t. Servicios prestados al paciente, no a la compañía de seguros. Como cortesía, nuestra oficina presentará su seguro si se recibe la información adecuada.
 - a. Usted es responsable de los copagos, los deducibles, los servicios no cubiertos, el coseguro y los artículos que su compañía de seguros considere "no necesarios desde el punto de vista médico".
 - b. Para reclamos impagos durante mas de 45 días, es su responsabilidad hacer un seguimiento con su seguro y el saldo adeudado se considera vencido y pagadero.
2. Es su responsabilidad notificar a nuestra recepción de cualquier seguro o cambio de dirección. Usted será responsable de cualquier cambio que ocurra si no se nos notifica.
3. Infórmenos si por alguna razón no puede asistir a su cita con al menos 24 horas de anticipación. En caso de no presentarse sin notificación, cobraremos \$25.00 para cubrir el costo incurrido por la preparación de su visita.

Autorización del paciente

Autorizo a Gastro Health & Nutrition a presentar reclamos de seguro con mi firma en el archivo a continuación. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta asignación en el reclamo, autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a Health and Wellness Solutions, PA: d/b/a/ GASTRO HEALTH AND NUTRITION.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Gastro Salud Y Nutrición

En cada visita, se proporcionará un resumen de la distancia. Esto implicaría revisar los medicamentos, las instrucciones del médico, los diagnósticos y las citas de seguimiento. Por favor revise y notifíquenos cualquier discrepancia de manera oportuna para que pueda ser rectificada. Al firmar este acuerdo, usted reconoce el protocolo del resumen char.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Consentimiento General Para el tratamiento

Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para recibir tratamiento en la instalación. Permito que el centro y sus empleados, médicos y otras personas involucradas en mi atención me traten de la manera que consideren beneficiosa para mí. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir información sobre mi atención y tratamiento, y el derecho a retirar mi consentimiento para el tratamiento y/o la prueba. Doy mi consentimiento para edmenes, análisis de sangre (Incluido el análisis de sangre para enfermedades transmisibles como la hepatitis y el VIH/SIOA cuando los proveedores de atención médica han estado expuestos a mi sangre/líquidos), procedimientos de laboratorio e imágenes, medicamentos, infusiones, atención de enfermería y otros servicios o tratamientos. prestados por el personal del centro bajo las instrucciones, orden o dirección de dicho(s) médico(s).

Firma del paciente: _____

Fecha: _____