

**[CLINICS NAME]
[STREET ADDRESS] ■ [CITY STATE ZIP] ■ [PHONE NUMBER]**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad#: _____ Femenino Masulino

Seguro Social: _____ Numero De Telephono: _____

Domicilio Pernamente

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

La dirección de facturación LA MISMA QUE ARRIBA

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ESTADO CIVIL: Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Viudo(a)

¿Nos autoriza a proporcionar a su cónyuge cualquier información médica, incluyendo, entre otros, resultados, citas, medicamentos, preguntas, información de facturación, etc.?

- No, por favor, diríjelo todo a mí.
 Sí, por favor, informen a mi cónyuge de cualquier asunto relacionado con mi bienestar o mi información médica.

Nombre de cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero De Cellular/Casa: _____ Número de trabajo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: (PORFAVOR DE NOTAR DOS CONTACTOS DE EMERGENCIA)

Nombre: _____ Number de telephono: _____ Relation: _____

Nombre: _____ Number de telephono: _____ Relation: _____

Como te enteraste de nosotros? _____

Hago consentimiento para cualquier procedimiento médico que se consideren necesarias por el clínico en esta oficina. Yo entiendo que mi seguro se considera un método de reembolso de los servicios prestados a mí. Es mi responsabilidad de pagar el seguro co-pagos, co-seguros y deducibles aplicados por mi seguro. Por la presente autorizo a la clínica para dar cualquier información necesaria para revisar y procesar mis reclamos para el pago. También estoy de acuerdo que una fotocopia de este acuerdo tendrá una validez que el original.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



ACERCA DEL PATIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEGURO MÉDICO

 PAGO POR CUENTA PROPIA/ NO TENGO ASEGURADO

PRIMARIO	
Nombre de aseguradora:	
ID:	
Nombre del asegurado:	
FDN del asegurado:	
Relación con el/la paciente:	

 SEGURO SECUNDARIO NO APLICA

SECUNDARIO	
Insurance Name:	
ID:	
Nombre del asegurado:	
FDN del asegurado:	
Relación con el/la paciente:	

Entiendo que el pago por los servicios prestados por [CLINICS NAME] y su personal se espera en el momento de la prestación del servicio, a menos que se hayan realizado arreglos previos con la recepcionista, como por ejemplo, a través de un seguro médico o Medicaid. También entiendo que es mi responsabilidad pagar por cualquier servicio recibido si no notifico los cambios en mi seguro. Entiendo que es mi responsabilidad presentar mi tarjeta de seguro y mi identificación en cada visita, notificarnos cualquier cambio y asegurarme de que el proveedor esté dentro de la red de mi plan de seguro actual; de lo contrario, seré responsable de los cargos generados por los servicios recibidos.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a [CLINICS NAME] a divulgar y proporcionar a mis compañías de seguros, incluyendo Medicare, Medicaid, proveedores de beneficios complementarios/Medigap y aseguradoras privadas, según corresponda, cualquier información médica y de tratamiento necesaria para el procesamiento de pagos por los servicios prestados. Autorizo el uso de este formulario para la divulgación de la información necesaria para procesar las reclamaciones ante todas mis compañías de seguros y sus agentes autorizados. Autorizo a mi proveedor/consultorio a actuar como mi representante para obtener el pago de mis compañías de seguros.

CESIÓN DE BENEFICIOS: Cedo todos los pagos, derechos y reclamaciones de reembolso de gastos y costos permitidos por mi(s) plan(es) de seguro directamente a mi proveedor o clínica por los servicios prestados. Entiendo que recibiré un estado de cuenta con cualquier saldo pendiente y me comprometo a realizar el pago completo al recibir dicho estado de cuenta, una vez que la compañía de seguros haya cumplido con su obligación.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD: Entiendo que el copago debe abonarse en el momento de la consulta (también se podrá cobrar un monto estimado correspondiente a coseguros y deducibles en ese momento). Entiendo que soy responsable financieramente de los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. Soy consciente de que, dado que solo se cobra un monto estimado en concepto de coseguro y/o deducible, puede generarse un saldo a favor o un saldo pendiente por los servicios prestados durante la consulta. Entiendo que si se me brindan servicios adicionales durante la consulta, además de la consulta médica, debo informar a la recepción/cajero sobre dichos servicios adicionales y si existe algún monto adicional pendiente de pago. También entiendo que puedo consultar directamente con mi compañía de seguros a través del servicio de atención al cliente o mi portal en línea para verificar el estado de mis reclamaciones médicas y si existe algún saldo pendiente. Entiendo que cualquier monto inferior a \$15 se aplicará a mi próxima consulta.

RESPONSABILIDAD DE MEDICAID: Entiendo que [CLINICS NAME] me acepta con el seguro médico mencionado anteriormente. Si en algún momento llego a ser elegible para Medicaid, notificaré a la clínica de inmediato. Entiendo que [CLINICS NAME] no acepta Medicaid fuera de Texas, por lo tanto, seré totalmente responsable de cualquier cargo incurrido durante mi visita, a menos que cuente con un seguro médico privado o comercial que esté dentro de la red de la clínica.

ACUERDO DE PAGO PRIVADO: Entiendo que [CLINICS NAME] me acepta como paciente de pago privado y que seré responsable de pagar por los servicios que reciba en el momento de la prestación de los mismos. El proveedor no presentará ninguna reclamación a Medicaid ni a ninguna otra compañía de seguros por los servicios que me sean proporcionados.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE: Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que mi firma autoriza el pago y la divulgación de la información médica necesaria para procesar las reclamaciones. Si se indica "otro seguro médico" en el apartado 9 del formulario HCFA-1500, o en cualquier otro lugar de los formularios de reclamación aprobados, o en las reclamaciones enviadas electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de información a las compañías de seguros o a sus agentes autorizados. En los casos asignados a Medicare, el médico o proveedor acepta el importe determinado por la aseguradora de Medicare como pago total, y yo acepto ser responsable del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en el importe determinado por la aseguradora de Medicare.

Firma del responsable: _____

Fecha: _____



ACERCA DEL PATIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ACUSE DE RECIBO DE LA REVISIÓN DEL AVISO O DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he revisado los avisos sobre las prácticas de privacidad de **[CLINICS NAME]**, que explican cómo se utilizará y divulgará mi información médica. He tenido la oportunidad de hacer preguntas si no entendía algo.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento _____ [INICIALES]

Entiendo que, en una situación médica de rutina, **[CLINICS NAME]** no divulgará ninguna de mi información de salud protegida (PHI) a mi familia, cuidador, cónyuge o amigos sin mi consentimiento expreso por escrito, el de mi apoderado legal o, en el caso de un menor, el de sus padres o tutor legal. (POR FAVOR, SELECCIONE UNA OPCIÓN)

_____ SÍ, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE LA INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL DEL PACIENTE QUE FIGURA EN ESTE FORMULARIO A LA(S) PERSONA(S) ESPECIFICADA(S) A CONTINUACIÓN, DESIGNADA(S) POR MÍ:

Nombre: _____

Relación con el/la paciente: _____

Nombre: _____

Relación con el/la paciente: _____

Nombre: _____

Relación con el/la paciente: _____

_____ NO, MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA, CORRESPONDIENTE AL PACIENTE CUYO NOMBRE APARECE EN ESTE FORMULARIO, NO PUEDE SER DIVULGADA A NADIE.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del (o de la) paciente / garante: _____ Fecha: _____

(817)523-6466

Contact@ambillingconsultants.com

Autorizo a **[CLINICS NAME]** a contactarme o dejarme un mensaje de voz cuando no esté disponible a través de: (Por favor, marque una o todas las opciones que correspondan)

E-mail: _____

Numero De Telefono de Casa: _____

Numero De Telefono de Cellular: _____

Al firmar abajo usted indica que usted nos da permiso para contactar con usted en el método anterior y usted nos permite dejar un mensaje de voz y/o enviaremos un correo electrónico.

Firma del(o de la) paciente / garante

Fecha



ACERCA DEL PATIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ASISTENTE MÉDICO / ENFERMERA PRACTITIONER CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Esta instalación ha en el personal un asistente médico / enfermera practicante para ayudar en la prestación de la atención médica.

Un ayudante del médico / enfermera practicante no es un médico. Un ayudante del médico / enfermera practicante es un graduado de un programa de formación certificada y está autorizada por la junta estatal . Bajo la supervisión de un médico , un asistente médico / enfermera practicante puede diagnosticar , tratar y controlar la enfermedad aguda y crónica común , así como proporcionar atención de mantenimiento de la salud. " Supervisión " no requiere la presencia del médico constante del médico supervisor , sino más bien la supervisión de las actividades de aceptar la responsabilidad del servicio médico proporcionado .

Un ayudante del médico / enfermera practicante puede proporcionar tales servicios médicos que están dentro de su / su educación, formación y experiencia. Estos pueden incluir :

- Obtención de historias y la realización de exámenes médicos
- procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de pedido y / o escénicas
- Formulación de un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Seguimiento de la eficacia de las intervenciones terapéuticas
- Asesoramiento Ofrenda y la educación
- El suministro de medicamentos de muestra y escribir recetas (donde sea permitido por la ley)
- Hacer referencias apropiadas

Al firmar abajo usted indica que ha leído arriba y dar su consentimiento a los servicios de un ayudante del médico / enfermera practicante para sus necesidades de atención médica . Que entiende que en cualquier momento usted puede negarse a ver el asistente médico / enfermera practicante y petición de ver a un médico. Y que está de acuerdo a todas las condiciones y términos dentro de los 5 formularios de consentimiento previos enumerados anteriormente

Firma del(o) paciente / garante: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Paciente y Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad (HIPAA)

Entiendo que como parte de la prestación de servicios de salud , [CLINICS NAME] crea y mantiene registros de salud y otros datos que describen mi historial médico , síntomas, exámenes , resultados de análisis, diagnósticos , tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro.

Se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que ofrece una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud . Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar el consentimiento . Yo entiendo que [CLINICS NAME] se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas antes de la puesta en práctica y le enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado . Yo entiendo que tengo el derecho de oponerse al uso de mi información de salud para fines discrecionales . Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento , pago u operaciones de atención médica (evaluación de calidad y actividades de mejora , aseguramiento, clasificación de primas , la realización , o realizar revisiones médicas , [CLINICS NAME] no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas .

Este consentimiento es dado libremente con el entendimiento de que:

1. Todas y todos los registros , ya sea escrita u oral o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser revelados por razones ajena a las operaciones de tratamiento , pago o atención médica sin mi autorización previa y por escrito , salvo disposición legal en contrario .
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válida como este originales .
3. [CLINICS NAME] está autorizado a divulgar información de salud del paciente a las compañías de seguros , los médicos referentes a los efectos de solicitar las órdenes del médico , la autorización para el servicio , o para obtener el reembolso de los servicios. La información puede ser enviada por correo de primera clase o fax con procedimientos para limitar la probabilidad de acceso no autorizado. La fecha de envío será documentado por el personal responsable de la oficina.
4. He tenido el derecho de solicitar que el uso de mi información de salud protegida , que se utiliza o divulgada para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica restringida. También entiendo que [CLINICS NAME] debo hacerlo; y acordar la terminación ninguna restricción por escrito sobre el uso y divulgación de mi información de salud protegida que han sido previamente acordado .

Mi firma a continuación indica que he recibido y confirmo que he leído el aviso sobre las prácticas de privacidad de [CLINICS NAME].

Firma del(o) paciente / garante: _____ Fecha: _____



POLÍTICAS DE OFICINA

[CLINICS NAME] y su equipo agradecen la confianza que han depositado en nosotros al elegirnos para atender sus necesidades médicas. Nuestra clínica se esfuerza por brindar atención médica de calidad y oportuna a su hijo, así como a miles de otras familias en la zona. Nuestro personal trabaja arduamente para ofrecer flexibilidad en la programación de citas, garantizando así la disponibilidad de nuestros profesionales de la salud para atender a su hijo lo antes posible. Atendemos a pacientes de todas las edades. Lea nuestras políticas a continuación.

Citas y pacientes sin cita previa: Atendemos a pacientes sin cita previa durante nuestro horario de atención, pero tenga en cuenta que daremos prioridad a quienes tengan cita programada. Es política de la clínica verificar la elegibilidad y los beneficios de su seguro médico en cada visita. Este proceso requiere tiempo y está fuera de nuestro control. Lamentamos cualquier inconveniente que esto pueda causar. Por este motivo, le recomendamos programar una cita con anticipación para que podamos verificar su seguro el día anterior. Ofrecemos citas para el mismo día, pero le recomendamos llamar por la mañana. Reiteramos que atendemos a pacientes sin cita previa durante nuestro horario habitual, pero es posible que tenga que esperar.

Recetas y autorizaciones previas: Tenga en cuenta que si no ha visitado nuestra clínica en los últimos 3 meses, no se permitirá la renovación de sus recetas. La ley estatal exige que el paciente realice un seguimiento con su médico cada tres meses (*Pueden aplicarse restricciones y limitaciones a ciertos medicamentos, como analgésicos, entre otros). Si ha visitado nuestra clínica en los últimos 3 meses, llame para solicitar la renovación de su receta con 24 horas de anticipación. Nuestra clínica puede tardar hasta 24 horas en aprobar la renovación de su medicamento. Las autorizaciones previas para medicamentos o procedimientos no cubiertos o que requieran autorización se tramitarán a medida que las recibamos. El proceso de autorización previa tarda entre 24 y 48 horas a partir de la fecha de recepción. Tenga en cuenta que la póliza de seguro es un contrato entre la compañía de seguros y usted. Nuestra clínica hará todo lo posible para ayudarle a obtener la aprobación y el pago de sus servicios, pero en última instancia, el paciente es responsable de cualquier monto no cubierto por su seguro. La clínica no tiene control sobre el tiempo que tarda su compañía de seguros en aprobar los tratamientos o medicamentos.

Otros procedimientos: Por favor, traiga todos sus medicamentos actuales a cada cita. Nuestra clínica no reembolsará ningún pago una vez que haya sido atendido por [CLINICS NAME], a menos que su seguro indique lo contrario. Por este motivo, es importante que informe a la recepcionista sobre el motivo de su visita para evitar malentendidos.

Historiales médicos/Documentación a completar: Tenga en cuenta que, debido a nuestra apretada agenda, es posible que no podamos completar la documentación ni imprimir su historial médico de inmediato. [CLINICS NAME] hará todo lo posible para que su historial médico esté listo dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud. Tenga en cuenta que se aplica una tarifa de \$5.00 por la reposición de la tarjeta de vacunación extraviada y una tarifa de \$25.00 por el historial médico (las primeras 25 páginas), y \$0.50 por cada página adicional, además de una tarifa razonable por el costo de envío o entrega. La mayoría de los formularios tardan entre 24 y 48 horas en completarse y tienen una tarifa de \$25. Tenga en cuenta que la solicitud para la tarjeta/placa de estacionamiento para personas con discapacidad tarda de 2 a 3 semanas en completarse, al igual que cualquier otro formulario que requiera la firma de nuestro médico supervisor.

Tenga en cuenta que las solicitudes como las de Título 19, servicios de cuidado personal y/o cualquier formulario que deba completarse o requiera la firma del médico, no se firmarán a menos que el paciente haya sido atendido en nuestra clínica en los últimos 3 meses y tenga al día su examen físico de Texas Health Steps.

Derivación a un especialista: Es posible que nuestro médico necesite derivarlo a un especialista u otro médico. [CLINICS NAME] programará la primera cita por usted y le notificaremos la fecha y hora de la misma, además de proporcionarle la orden de derivación que deberá presentar en la consulta con el especialista. Si no puede asistir a la primera cita o la pierde, es responsabilidad del paciente reprogramarla para una fecha posterior.

Pacientes menores de edad: Todos los pacientes menores de 17 años DEBEN presentar su cartilla de vacunación en TODO momento, ya sea que acudan por enfermedad o para un examen físico. Todos los pacientes menores de edad (17 años o menos) deben estar acompañados por uno de sus padres, a menos que presenten una carta firmada por el padre o la madre que autorice a un adulto a tomar decisiones médicas en nombre del menor. Esta carta debe estar firmada por el padre o la madre y se debe adjuntar una fotocopia de su identificación. El adulto que陪伴 al menor también deberá presentar su identificación.

Responsable del pago: El responsable del pago es la persona encargada de abonar las facturas de la cuenta del paciente, es decir, la persona que será financieramente responsable de la cuenta. Si el paciente tiene 18 años o más, el responsable del pago es el propio paciente.

Nombre del (O de la) paciente: _____

FDN: _____

Nombre de la parte responsable: _____

FDN: _____

Firma del paciente/responsable: _____

Fecha: _____

_____**INITIALS OF PERSONELL WHO PROVIDED A COPY OFFICE POLICY TO PATIENT**



POLÍTICAS FINANCIERA

Si nuestra clínica tiene un contrato con su compañía de seguros, la ley nos exige cobrar todos los copagos, deducibles y coseguros. Nuestra clínica NO eximirá el pago de su copago, deducible o coseguro, ya que esto incumpliría nuestro contrato con su compañía de seguros. Nuestra clínica no reembolsará ningún pago una vez que haya sido atendido por nuestra enfermera especializada, asistente médico o el Dr. [CLINICS NAME], a menos que su seguro indique lo contrario. Por este motivo, es importante que informe a la recepcionista el motivo de su visita para evitar malentendidos. Todos los copagos, deducibles, coseguros y pagos de pacientes sin seguro médico deberán abonarse en el momento de la visita, antes de ser atendido por el profesional. Cualquier saldo restante para pacientes sin seguro médico se pagará en la ventanilla de salida. Tenga en cuenta que nuestra enfermera especializada, asistente médico y los médicos NO están autorizados a hablar sobre su cuenta financiera. Dirija sus preguntas a nuestro departamento de facturación.

[CLINICS NAME] está autorizado a divulgar información de salud de los pacientes a las compañías de seguros, a All Medical Billing & Consultants, LLC, empresa que [CLINICS NAME] utiliza como agencia externa de facturación médica, o a los médicos remitentes con el fin de solicitar órdenes médicas, autorizaciones para servicios u obtener el reembolso de los servicios prestados. La información se puede enviar por correo postal, fax o electrónicamente, implementando procedimientos para minimizar la posibilidad de acceso no autorizado. La fecha de envío será documentada por el personal administrativo responsable.

Aceptamos los siguientes métodos de pago: efectivo, tarjetas de débito, Visa y Mastercard. El pago se realiza en su totalidad en el momento de la visita. En algunos casos, podemos tener un contrato con su compañía de seguros que rige la forma en que gestionamos su cuenta. Este contrato podría impedirnos ofrecer un descuento por pago al momento del servicio. La cobertura de seguro no garantiza el pago. Si en algún momento su seguro se cancela o no cubre los servicios prestados, usted deberá pagar de su bolsillo cualquier gasto no cubierto por el seguro, a menos que el servicio esté cubierto por un acuerdo contractual entre [CLINICS NAME] y su compañía de seguros. Su compañía de seguros determina los beneficios una vez que recibe nuestras facturas. Cualquier declaración de nuestro personal sobre su cobertura no garantiza de ninguna manera que su atención médica en nuestra clínica esté cubierta por su compañía de seguros, y usted será responsable del pago de su cuenta, independientemente de su seguro.

Para garantizar la cobertura de los servicios por parte de su seguro médico, es imprescindible que el paciente presente una tarjeta de seguro vigente en cada consulta. Si no se puede verificar la cobertura del seguro antes de la cita, se solicitará el pago en el momento de la prestación del servicio. La falta de presentación de la tarjeta de seguro más reciente o de información de seguro correcta puede resultar en que el paciente o la persona responsable deban pagar la totalidad de los servicios recibidos. Tenga en cuenta que la información sobre elegibilidad y beneficios proporcionada por su compañía de seguros es solo una estimación y no garantiza el pago por parte de la aseguradora. Los beneficios reales están sujetos a todos los términos, definiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones del plan de su póliza, incluida la vigencia de la cobertura del paciente en la fecha de la prestación del servicio. [CLINICS NAME], junto con All Medical Billing & Consultants, LLC, presentará la factura a su compañía de seguros por los servicios prestados por nuestros profesionales médicos; sin embargo, en última instancia, es responsabilidad del paciente pagar todos los servicios recibidos. La ley estatal exige que las compañías de seguros paguen la mayoría de las reclamaciones en un plazo de 45 días a partir de su presentación. Si surge alguna dificultad en el procesamiento de su(s) reclamación(es), es posible que le solicitemos su colaboración para coordinar con su proveedor de plan de salud. Es muy importante que responda con prontitud a cualquier consulta de su compañía de seguros, ya que no hacerlo podría ocasionar retrasos o la denegación de la cobertura de la reclamación.

Es posible que tenga un saldo a favor en su cuenta después de que su compañía de seguros procese el pago de su visita. Esto ocurriría si pagó de más su deducible y/o coseguro. Al firmar a continuación, nos autoriza a retener cualquier cantidad inferior a \$15.00 para aplicarla a futuros pagos de visitas o servicios.

[CLINICS NAME] no se responsabiliza de la verificación de la cobertura de los beneficios para hospitalización, anestesia ni ningún otro servicio o instalación externa. Preguntaremos al centro o clínica a la que le derivamos si está dentro de la red de su plan de seguro.

Pago privado: El pago de la consulta se realiza en la recepción. La tarifa para pacientes nuevos es de \$70 y para pacientes habituales es de \$60. Tenga en cuenta que este precio corresponde únicamente a la consulta y no incluye análisis de laboratorio ni procedimientos adicionales realizados por el médico o el personal de enfermería. Antes de cualquier procedimiento, pregunte a la asistente médica cuánto costarán los análisis o procedimientos adicionales ANTES de que se realicen, para que tenga una idea del costo total. Si en algún momento el costo resulta demasiado elevado, nuestro médico lo comprende y, dado que priorizamos su salud, le ofrecemos planes de pago. Consulte con la recepcionista o el departamento de facturación sobre estos planes de pago. *Pueden aplicarse restricciones y limitaciones.

Responsable del pago: El responsable del pago es la persona encargada de abonar las facturas de la cuenta del paciente, es decir, la persona que será financieramente responsable de la cuenta. Si el paciente tiene 18 años o más, el responsable del pago es el propio paciente.

No dude en consultar con el departamento de facturación cualquier pregunta financiera que tenga. Nuestro objetivo es brindarle el más alto nivel de servicio y atención médica.

Nombre del (O de la) paciente: _____

FDN: _____

Nombre de la parte responsable: _____

FDN: _____

Firma del paciente/responsable: _____

Fecha: _____

_____ INITIALS OF PERSONELL WHO PROVIDED A COPY OFFICE POLICY TO PATIENT

