

Marisol McManus, M.Ac., A. P.
8353 SW 124th St., Suite 103
Miami, FL 33156

Favor llene todos los renglones de informacion. Esto es parte de su record medico confidencial . La informacion contenida a continuacion no sera divulgada a ningun particular sin su consentimiento.

NOMBRE _____ FECHA _____

DIRECCION _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal _____

Telefono casa _____ Mobil _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Lugar de Empleo _____

Telefono trabajo _____ Direccion electronica _____@_____

Podremos dejar mensaje en telefono celular? _____ Casa? _____

Direccion electronica? _____

Ha tenido un accidente automovilistico en los pasados 2 años? _____ Fecha: _____

Como supo Ud. De acupuntura? _____

Principal problema medico: _____

Detalle toda medicina (de receta) o suplementos que este tomando: _____

Cirugias: _____

SEGUROS:

MEDICARE ___ WORKCOMP ___ AUTO ___ SALUD ___ Compañia: _____

POR FAVOR PROVEA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO.

Marisol McManus, M.Ac., A. P.
8353 SW 124th St., Suite 103
Miami, FL 33156

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el signatario, voluntariamente consiento a ser tratado con medicina oriental en este establecimiento. Entiendo que los metodos utilizados en esta oficina pueden incluir acupuntura, moxibustion, terapia de hierbas , masage, asi como tambien consejos acerca de nutricion y rutinas personales. Entiendo que acupuntura y moxibustion son seguros pero en muy pocos casos podrian causar dolor o molestia, formacion de pequenos hematomas y la sensacion de mareo. Todo tratamiento sera realizado con agujas esteriles y desechables..

He sido informado que no se ha hecho ninguna garantia de "cura" referente a los resultados de mi tratamiento, ya que cada persona reacciona de manera diferente a tratamientos de medicina energetica.

Mis reportes medicos y resultados de exámenes de laboratorio pueden ser revisados por el medico, pero todos los records medicos son confidenciales y sujetos las estipulaciones detalladas en el Aviso de Practicas de Privacidad (HIPAA), copia de la cual ha sido provista.

Tengo el derecho de discutir con el medico acerca del tratamiento a recibir. Sin embargo, entiendo que no es posible anticipar y explicar en detalle todas las implicaciones y resultados de cada tratamiento.

Cancelacion de Citas: Reconozco que concertar una cita significa que se esta reservando un dia y hora especifico para mi tratamiento, y consecuentemente, que si es necesario cancelar o cambiar la cita, se debe de hacer con un minimo de 24 horas. A menos que exista otro acuerdo con esta oficina se hara un cargo de cancelacion por citas canceladas sin previo aviso

Con mi firma a continuacion, doy el consentimiento de tratamiento y confirmo que he recibido copia de la Ley de Practicas de Privacidad.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma

Marisol McManus, M.Ac., A. P.
8353 SW 124th St., Suite 103
Miami, FL 33156

Gracias por escoger nuestra clinica como su proveedor de servicios medicos. Nuestro primordial objetivo es que el tratamiento que aqui reciba le sea provechoso. El pago por su tratamiento es parte integral de la totalidad de su tratamiento. A continuacion detallamos nuestras reglas administrativas. Favor lea y firme. Dejenos saber si tiene alguna pregunta.

UD. ES RESPONSABLE DEL PAGO EN EL DIA DE SU VISITA. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES PERSONALES, VISA/MASTERCARD Y AMERICAN EXPRESS.

Seguros medicos

Nosotros tratamos de confirmar su cobertura antes de comenzar tratamientos. Se requiere que el paciente pague por sus visitas hasta que se haya recibido reembolso de su compañía de seguros. El total facturado a la compañía de seguros variara de acuerdo a la complejidad de cada visita y las diferentes terapias/servicios provistos. El paciente es responsable de la porcion facturada que no este cubierta por su seguro.

Tenga presente que su poliza de seguro medico es un contrato entre Ud. y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de dicho contrato y simplemente tratamos de obtener pago por servicios provistos. Si su seguro medico no cubre los gastos por servicio, despues de 45 dias nos veremos obligados a debitar su tarjeta de credito por cualquier balance pendiente. Pedimos que provea su numero de tarjeta de credito con autorizacion de efectuar dicho debito en caso de que su seguro no pague los servicios que Ud. haya recibido.

Ademas, firmando este documento, Ud. esta autorizando la asignacion de beneficios pagados a esta clinica, y autoriza a la divulgacion de informacion que sea requerida por la compañía de seguros, ajustador o abogado que este involucrado en el pago de cualquier reclamo pendiente.

Tarifas Usuales (UCR)

En nuestra clinica nos comprometemos a proveer el mejor tratamiento posible para todos y cada uno de nuestros pacientes. Nuestros honorarios son a la par de honorarios de otros profesionales del area.

Cancelacion de Citas

A menos que recibamos un cambio o cancelacion con 24 horas de aviso, es nuestra regla administrativa de cobrar por dicha cita. Concertar una cita significa que esta reservando un dia y hora especifico para su tratamiento. El darnos aviso con antelacion nos ayuda a dar la oportunidad de una cita a otro paciente. Le rogamos mantenga sus citas en el dia y hora concertados para nosotros poder servirle mejor.

Dejenos saber si tiene alguna pregunta referente a nuestras reglas administrativas.

He leido y comprendido lo anterior. Copia de este documento puede considerarse como un original.

X _____ Fecha: _____
Firma del Paciente/Persona responsable de pago

X _____ Fecha Exp.: _____
Tarjeta Credito
Validacion: _____

Marisol McManus, M.Ac., A. P.
8353 SW 124th St., Suite 103
Miami, FL 33156

A: Pacientes pagando el día del tratamiento – explicación de las tarifas cobradas

Con el propósito de minimizar costos y establecer un sistema eficiente de cobro, hemos hecho varios ajustes a nuestras tarifas usuales (UCR). Podemos hacer estos ajustes porque pacientes que pagan el día del servicio nos libra del tiempo administrativo que nos cuesta el remitir y cobrar reclamos a las agencias de seguro médico.

El día de su visita, será responsable de pagar únicamente la porción de la consulta médica. Si esta visita debe ser reclamada a su seguro médico, el reclamo será sometido con varios códigos de procedimientos, por cada segmento de la totalidad del tratamiento. Hay varios códigos que pueden ser utilizados para detallar la visita. A continuación detallo los códigos que podrían ser utilizados en el reclamo a la compañía de seguro. Hay que enfatizar que si su seguro médico no reembolsa los cargos de su visita, Ud. será responsable de la porción que corresponde a la consulta.

97810-52	Acupuntura	1 st 15 min
97811-52	Acupuntura	2 nd 15 min
97010-52	Terapia con calor	
97140-52	Terapia manual/masaje terapéutico	
97530-52	Actividades kinéticas	
97110-52	Ejercicios terapéuticos	

He leído y comprendido lo anterior:

_____ Fecha _____
Firma del Paciente