

CHRIS B. SLATER, D.O.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO Y POLIZA DE PAGOS

CONSENTIMIENTO MEDICO: Doy consentimiento a los procedimientos a los cuales me tenga que someter. Durante mi(s) vista(s), incluyendo tratamiento medico o servicios de emergencia, rayos-x e inyecciones dadas bajo la practica general e instrucciones directas por el y tratamiento pueden incluir riesgos. Entiendo que no hay garantias hechas hacia los resultados de la(s) examinacion(es) o y de los tratamientos.

PERMISO PARA DAR INFORMACION: Estoy de acuerdo al extento necesario para determinar la responsabilidad de los pagos y para obtener reembolsos, la clinica tiene mi permiso para dar todo o parte de mi expediente medico, incluyendo reportes medico, ordenes y cualquier otra documentacion a cualquier persona o corporacion que es o se hara responsable por todo o parte de los pagos, incluyendo pero no limitados a portadores de aseguranzas, planes de servicios, atencion de salud, proveedores para compensacion de trabajadores, proveedores de accidents, MEDICARE, fondos de asistencia publica (WELFARE) o empleador del paciente. Entiendo que esta informacion puede o no incluir informacion con respecta a enfermedades contagiosas o el VIH.

ABILIDAD DE EXPEDIENTES MEDICOS: Entiendo que mis expedientes medicos son propiedad de **LA CLINICA MEDICAL ARTS** y que seran guardados por solo 7 anos. Despues de cierto tiempo pueden ser destruidos. Comprendo que para obtener copias de mis expedientes tender que firmar una autorizacion de permiso para obtenerlos y tambien estoy al tanto de que puede haber un cobro de 25 centavos por hoja. Tambien estoy de acuerdo a que debo de dar **un aviso de 30 días** en caso de que necesite copias de mi expediente.

POLIZA DE PAGOS: Comprendo que el costo de mi visita se reflejara en la abilidad de el medico, asi como en la complejidad de mi condicion medica, cuanto tiempo, destresa, y juzgamiento se requiera para trater mis condiciones medicas. Es mi entenimiento que los cobros se deben de pagar al terminar mis visitas con el medico. Si tengo un plan de aseguranzas, en caso que tenga un porcentaje o un deduciblese tendra que pagaral terminar los servicios. En orden para que no sea responsable por algun deducible pendiente, tengo que comprobar con documentacion que mi deducible ya a sido pagado para el ano en curso. Si no tengo aseguranzas y no puedo pagar todo el costo de mis servicios, tengo la obligacion para hacer acuerdos con el personal encargado de las cuentas, antes o inmediatamente Despues de mi cita con el medico. Entiendo que como servicios el personal hara unas formas de cobros a mis aseguranzas, siempre y cuando tengan toda la informacion completa y corretas. Todos los cobros son mi responsabilidad. Si estoy viendo al doctor bajo un accidente de trabajo o un accidente personal como accidents automovilisticos y no tengo la auto rizacion adecuada, yo me tendre que hacer responsable de todos los gastos al tiempo de servicios. Si decido pagar con cheque personal, un cobro de \$30 se hara por cada cheque devuelto sin fondos.

FIRMA DE PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA

FECHA

JUSGADO

FECHA