

Polisa de Pago

Pago asia el tiempo de servicio es necesario, al menos que otros arreglos sean echos con nuestra oficina. Aceptamos Visa y Mastercard. Todos los servicios medicos seran cobrados directamente a el paciente ó persona de responsabilidad. La proctección de su aseguranza es un contrato entre usted y su compania de aseguanza para ayudarle con sus gastos medicos; el paciente ó persona de responsabilidad es completamente responsable per los gastos que no son reembolsados por su aseguranza medica.

Consentimiento de Tratamiento

Le doy permiso a el doctor Pashley, Jaskunas, y Werle para evaluar y tratar al paciente mencionado.

Asignacion de Beneficios

Yo, el suscrito, por este medio autorizo a mi portador de seguro a que asigne los beneficios quirúrgicos o medicos, incluyendo Medicare/Medicaid si es applicable, directamente a el Dr. James Jaskunas, Dr. Nigel Pashley, o el Dr. Andreas Werle. Tambien autorizo el concentimiento de dar cualquier informacion medica para procesar todos los reclamos de la aseguranza medica.

E LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE TODA LA INFORMACION DADA. DOY MI CONCENTIMIENTO PARA EL TRATO Y ACEPTO LOS REGLAMENTOS DE CHILDREN'S EAR, HEAD AND NECK ASSOCIATES EN LA POLISA DE PAGOS Y LA ASIGNACION DE BENFICIOS.

Firma de la persona responsable

Fecha

Con este consentimiento, CEHNA puede llamar a mi hogar ó a otras localidades alternativas y dejar un mensaje en la contestadora en referencias que ayuden asistir la practica con el tratamiento, pagos u operaciones de cuidado, como recordatorios de citas, articulos de aseguranza y cualquier llamadas que tengan que ver con el cuidado medico, incluso radiologia, resultados de laboratorio entre otras cosas.

Con este consentimiento, CEHNA puede mandar correspondencia a mi hogar ó a otras localizaciones alternativas que ayuden asistir la practica con el tratamiento, pagos u operaciones de cuidado como cartas de recoratorias de citas ó cobros al paciente. Tengo el derecho a solicitar que CEHNA restricte como utiliza la informacion medica. Estoy de acuerdo en notificar la officinia de cualquier registraciones por escrito.

Firma de la persona responsable

Fecha