

COMPASSIONATE CARE FOR WOMEN

POLIZA FINANCIERA

Entiendo que es mi responsabilidad de ante mano saber si Compassionate Care for Women/Lawson C Richter MD están mi plan de seguro médico. Entiendo que es mi responsabilidad saber las provisiones de mi póliza. Si se requiere una referencia, soy responsable de obtenerla de mi doctor primario. Entiendo que es la poliza de Compassionate Care for Women es de coleccionar cualquier co-pago, a-seguranza, porcentaje del costo, o el deducible en ese caso que el servicio esta rendido. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Compassionate Care for Women de cualquier cambio de domicilio y/o del seguro médico inmediatamente.

Papanicolaou y Laboratorio:

El Papanicolaou y ciertas pruebas se envían a laboratorios independientes para analizarse. Usted puede recibir una cuenta del laboratorio por estos servicios. Los honorarios variarán dependiendo de qué pruebas fueron realizadas.

Cultivos Vaginales:

Entiendo que los cultivos vaginales pueden ser necesarias en evaluar o tratar mi condición y/o síntomas. También entiendo que los cultivos pueden incluir la prueba de infecciones bacterianas y de la levadura así como enfermedades venéreas, incluyendo Chlamydia y Gonorrea. Reconozco que estos cultivos serán realizados si el doctor o la enfermera se siente que son necesarios en la evaluación de mi condición, y que serán realizadas en caso de estar embarazada según los requisitos del hospital. Además, entiendo que mi seguro puede cubrir todos, parte, o ninguna de los costos de estas pruebas de laboratorio, y yo seré responsable del co-pago, a-seguranza, de la parte del costo y/o del deducible según lo determinado por mi seguro.

_____ SI, estoy de acuerdo que me realicen unos cultivos vaginales

_____ NO, estoy de acuerdo que me realicen unos cultivos vaginales

Cancelación y Citas no Atendidas:

Para cancelar una cita programada, Comapssionate Care for Women requiere 48 horas de aviso. Si no avisa sobre su cancelación 48 horas antes, o usted no llega a la cita, le cargarán \$80.00.

Regreso de Cheque:

Si un cheque es devuelto de su banco, se le cobraran \$25.00. Si más de un cheque es devuelto, solo aceptaremos efectivo o tarjeta de débito/crédito como pago.

He leído y estoy de acuerdo con los términos indicados. Mi autorización seguirá en pie hasta que yo la revoque por escrito.

Firma de Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____