

Premier Spine Care

Información de inscripción del paciente

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE: _____
INCLUYA LA INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO/C.P.: _____

N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO DEL HOGAR: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ DIRECCIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Estado civil (encierre en un círculo): Casado/Soltero/Viudo/Divorciado/En pareja

Raza (encierre en un círculo): Indígena americana/Asiática/Afroamericana/Hawaiana nativa/

Blanca/Otra/Se rehúsa a informarlo

Identidad étnica (encierre en un círculo): Hispana o latina/No hispana o latina/Se rehúsa a informarlo

Idioma primario: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ N.º DE S.S.: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ TEL. TRABAJO: _____ TEL. MÓVIL: _____

¿TIENE DIRECTIVAS ANTICIPADAS O UN TESTAMENTO EN VIDA? SÍ _____ NO _____

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____ DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO/C.P.: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO (SI CORRESPONDE):

PLAN DE SEGURO: _____ N.º DE PÓLIZA: _____ N.º DE GRUPO: _____

AFILIADO: _____ FECHA NAC. AFILIADO: _____ RELACIÓN: _____

N.º S.S. AFILIADO: _____ EMPLEADOR: _____

SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE):

PLAN DE SEGURO: _____ N.º DE PÓLIZA: _____ N.º DE GRUPO: _____

AFILIADO: _____ FECHA NAC. AFILIADO: _____ RELACIÓN: _____

N.º S.S. AFILIADO: _____ EMPLEADOR: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE DERIVA

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Por la presente autorizo la divulgación de información médica a _____ relación _____

Por la presente autorizo a Premier Spine Care a dejar información en el correo de voz de: (encierre en un círculo) TELÉFONO DEL HOGAR
TELÉFONO DEL TRABAJO TELÉFONO MÓVIL

Por la presente autorizo la divulgación de mis registros médicos, si es necesario, a cualquier médico, centro u otro proveedor de servicios cuya participación en mi tratamiento haya sido solicitada por Premier Spine Care. Esta autorización es válida para todos los servicios hasta su revocación por mi parte o por parte de mi representante.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

SOLO PAGOS PARTICULARES/DEL SEGURO:

Por la presente autorizo que los beneficios del seguro sean otorgados directamente a Premier Spine Care, comprendo que soy el responsable financiero de todos los cargos independientemente de si están cubiertos o no por el seguro. En caso de un incumplimiento de pago, acepto pagar todos los costos de cobranza y los honorarios razonables del abogado. Además, autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de beneficios; y acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como la original. Por la presente autorizo el pago de mis beneficios de Medigap a Premier Spine Care por todas las demandas presentadas en mi nombre.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____



Premier Spine Care

NOMBRE _____

FECHA _____

1. Describa la FECHA y precisamente CÓMO comenzó su dolor actual. (Breve historia del motivo de la visita)

2. ¿Cuál es su OCUPACIÓN actual?

Empleador: _____

Puesto de trabajo: _____

Responsabilidades habituales: _____

Estado de empleo actual:

- Trabajo normal
- Trabajo liviano
- Despedido
- Discapacitado
- Jubilado
- Nuevo puesto
- Fuera del trabajo durante los últimos ____ meses

3. Mi dolor AUMENTA cuando: (Marque todas las opciones que correspondan)

- gira/dobla el cuello
- trabaja en altura
- dobla la espalda
- levanta peso
- gira el torso/zona lumbar
- permanece parado por un tiempo
- permanece sentado por un tiempo
- tose
- estornuda
- está acostado en la cama

4. Mi dolor DISMINUYE con: (Marque todas las opciones que correspondan)

- descanso
- calor
- acostarme
- acostarme de costado
- soporte
- medicamentos
- elongación
- nada

5. HISTORIAL DE COLUMNA PREVIO: Si ha tenido antecedentes de dolor de cuello o espalda baja, descríbalos y cuándo.

6. Enumere los MÉDICOS que han evaluado su condición actual.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

7. Enumere los TRATAMIENTOS que ha recibido para su condición ACTUAL.

- ___ Ninguno
- ___ Fisioterapia
Dónde _____ Cuándo _____
- ___ Quiropráctica
Dónde _____ Cuándo _____
- ___ Medicamentos
Dónde _____ Cuándo _____
- ___ Inyecciones epidurales de esteroides
Dónde _____ Cuándo _____
- ___ Otro (explique)
Dónde _____ Cuándo _____

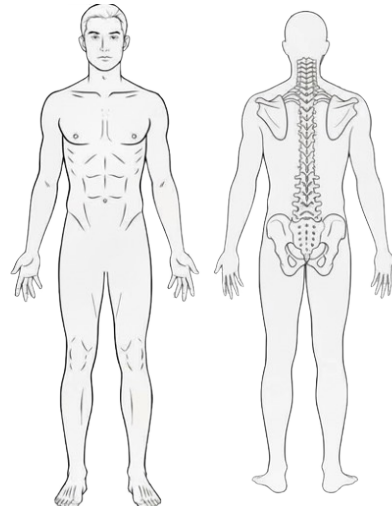
¿CIRUGÍA PREVIA DE COLUMNA? (Cuándo, qué, nombre del Dr.)

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

7b. ¿Qué EXÁMENES se han realizado antes de su visita?

- ___ ninguno
- ___ Radiografías
- ___ Tomografía
- ___ Resonancia magnética
- ___ Estudios nervio (EMG)
- ___ Mielograma

9. Complete el DIBUJO DE DOLOR a continuación. (Pinte las áreas de dolor y haga estrellas en las áreas de entumecimiento)



10. Su HISTORIAL MÉDICO: (ej.: hipertensión, infarto, derrame, cáncer, etc.)

1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____
5 _____ 6 _____

11. Su HISTORIAL QUIRÚRGICO: (enumere cualquier cirugía previa en cualquier área)

1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____
5 _____ 6 _____

12. Su lista actual de MEDICAMENTOS:

1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____
5 _____ 6 _____

13. ALERGIAS A MEDICAMENTOS/REACCIÓN:

1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____

14. Su HISTORIAL SOCIAL:

Actualmente soy

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

Actualmente soy

- Desempleado/a
- Empleado/a
- Jubilado/a
- Discapacitado/a

¿Consume ALCOHOL?

No Con poca frecuencia Diariamente

¿FUMA? Sí No Paquetes por día _____

¿TABACO SIN HUMO? Sí No

Si tiene antecedentes de ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL, descríbalos.

15. ¿Hay algún ABOGADO involucrado en este caso?

De ser así, indique el nombre.

16. REVISIÓN DE SISTEMAS/MIELOPÁTICO/CONSTITUCIONAL (Marque todas las opciones que correspondan)

- Dolor de pecho
- Pérdida de peso
- Malestar constante
- Pérdida de equilibrio
- Falta de aire
- Tropiezos/caídas
- Pérdida de apetito
- Pérdida coord. manual
- Fatiga/Letargia
- Pérdida control intestinal
- Dolor abdominal
- Cambios en escritura
- Cambios visuales
- Pérdida control vejiga

EDAD _____ **ESTATURA** _____ **PESO** _____

A mi leal saber y entender, las preguntas incluidas en este formulario han sido respondidas correctamente. Comprendo que las respuestas incorrectas pueden ser perjudiciales para mi salud. Es mi responsabilidad informar al consultorio del médico sobre cualquier cambio en mi estado de salud. Autorizo al personal de atención médica a prestar los servicios necesarios que pueda solicitar.

Firma del paciente Fecha

(Solo para uso de la oficina)

PHYSICAL EXAM:

Gait: _____
ROM: _____
Motor: _____
Sensory: _____
Reflexes: _____
SLR/Spurlings: _____
Hoffmans/Clonus: _____
Related joint: _____
Peripheral Nerve: _____

MRI's

Cervical()	Lumbar()
1-2	L1-2
2-3	2-3
3-4	3-4
4-5	4-5
5-6	5-1
6-7	S1-2
7-1	

XRAYS/RADIOGRAPHIC STUDIES

Cervical:
Thoracic:
Lumbar:

IMPRESSION(S):

4) _____
5) _____

Premier Spine Care

John M. Ciccarelli, MD

Adrian P. Jackson, MD

1. RECONOCIMIENTO DEL MÉDICO/PACIENTE
2. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS
3. DIVULGACIÓN DE TITULARIDAD DEL MÉDICO

1. Comprendo que no estoy obligado a ver al Dr. Ciccarelli, al Dr. Jackson o a sus asociados en calidad de paciente si no deseo hacerlo. Incluso si un tercero, por ejemplo una aseguradora, me aconsejara que debería verlos, no tengo la obligación de permanecer bajo sus cuidados al menos que yo lo elija. El Dr. Ciccarelli/Dr. Jackson no me querrán como paciente salvo que yo elija que él/ellos y su personal de consultorio se ocupen de mis cuidados. Esta relación continuará hasta que yo o el Dr. Ciccarelli/Dr. Jackson o sus asociados decidamos que ya no necesito regresar para evaluaciones de tratamiento. Mis registros se mantendrán confidenciales y los resultados de mis estudios (tanto registros como radiografías) no llevarán mi nombre específicamente.
2. Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, seguro privado y cualquier otro plan de salud a Premier Spine Care.
3. Durante el transcurso de su tratamiento en Premier Spine Care, es posible que sea derivado para recibir servicios o intervenciones quirúrgicas en el Shawnee Mission Prairie Star Surgery Center, LLC. El Shawnee Mission Prairie Star Surgery Center es un centro quirúrgico conjunto que pertenece a médicos y hospitales, y del cual el Dr. Ciccarelli y el Dr. Jackson tienen participación accionaria y de titularidad.

Esta asignación seguirá en vigencia hasta que yo decida revocarla por escrito. Una fotocopia de esta asignación será considerada tan válida como la original. Comprendo que soy el responsable financiero de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al citado cesionario para que emita toda la información necesaria para garantizar el pago. Comprendo que el Dr. Ciccarelli y el Dr. Jackson tienen participación accionaria y de titularidad en el Shawnee Mission Prairie Star Surgery Center, LLC.

Paciente _____

Fecha _____

PREMIER SPINE CARE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Premier Spine Care, P.A. está obligado por ley a mantener la privacidad y la confidencialidad de su información de salud protegida, y a proporcionarles a nuestros pacientes un aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad, en relación con su información de salud protegida.

Divulgación de su información de salud

Tratamiento

Podemos compartir su información de atención médica con otros profesionales de la salud dentro de nuestra práctica a efectos de operaciones de tratamiento, pago o atención médica. (ejemplo)

"En ocasiones, puede que sea necesario consultar sobre su enfermedad con otros proveedores de atención médica asociados con Premier Spine Care, P.A."

"Nuestra política procura brindar un proveedor de atención médica auxiliar, autorizado por Premier Spine Care, P.A., para que ofrezca evaluaciones o tratamientos a nuestros pacientes, sin previo aviso, en caso de que su proveedor de atención médica esté de vacaciones, enfermo o en una emergencia".

Pago

Podemos compartir su información de salud con su proveedor de seguro a efectos de operaciones de pago y atención médica. (ejemplo)

"Como cortesía para nuestros pacientes, enviaremos una factura detallada a su aseguradora a efectos del pago a Premier Spine Care, P.A. por los servicios de atención médica prestados. Si usted paga sus servicios de atención médica personalmente, como cortesía, le enviaremos una factura detallada a su aseguradora para que usted obtenga el reembolso correspondiente. La factura contiene información médica que incluye: diagnóstico, fecha de lesión o enfermedad y códigos que describen los servicios de atención médica recibidos".

Compensación para trabajadores

Podemos compartir su información de salud, si es necesario, para cumplir con las leyes estatales de compensación para trabajadores.

Emergencias

Podemos compartir su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un familiar, o a cualquier persona responsable de su atención, sobre su enfermedad, emergencia o muerte.

Salud pública

Según lo requiera la ley, podemos compartir su información de salud con autoridades de la salud pública a efectos relacionados con: prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, informe de abuso o abandono de menores, informe de violencia familiar, informe a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos, e informe sobre enfermedades o exposición a infecciones.

Procedimientos judiciales y administrativos

Podemos compartir su información de salud en el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial.

Cumplimiento de la ley

Podemos compartir su información de salud con un oficial del orden público a efectos tales como la identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo clave o una persona desaparecida, de conformidad con una orden judicial o citación, y para otros fines de orden público.

Fallecidos

Podemos compartir su información de salud con médicos forenses o examinadores médicos.

Donación de órganos

Podemos compartir su información de salud con organizaciones vinculadas a la obtención, la transferencia y el trasplante de órganos y tejidos.

Investigación

Podemos compartir su información de salud con investigadores a cargo de investigaciones que han sido aprobadas por un Comité de Revisión Institucional.

Seguridad pública

Es posible que sea necesario compartir su información de salud con personas apropiadas con el fin de prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o para el público en general.

Organismos gubernamentales especializados

Podemos compartir su información de salud a efectos de beneficios para militares, para la seguridad nacional, para prisioneros y para el gobierno.

Marketing

Es posible que lo contactemos para fines de marketing o de recaudación de fondos, según se describe a continuación: (ejemplo)

"Como cortesía para nuestros pacientes y de conformidad con nuestra política, llamaremos a su hogar la tarde antes de su cita programada para recordarle la hora de su cita. Si usted no se encuentra en el hogar, dejaremos un mensaje como recordatorio en su contestador o a la persona que atienda el teléfono. De ninguna manera se divulgará información de salud personal en este mensaje; solo se le indicará la fecha y la hora de su cita programada y se le solicitará que se comunique con nuestra oficina si necesita cancelarla o reprogramarla".

"Nuestra práctica consiste en participar en eventos de caridad para generar conciencia, obtener donaciones de alimentos, regalos, dinero, etc. Durante este periodo, puede que reciba una carta, una tarjeta o una llamada nuestra para invitarlo a participar en la actividad caritativa. Le proporcionaremos información acerca del tipo de actividad, las fechas y los horarios, y solicitaremos su participación en dicho evento. Nuestra política no procura divulgar información de salud personal sobre su enfermedad a efectos de los eventos de recaudación de fondos patrocinados por Premier Spine Care, P.A."

Cambio de titularidad

En caso de que Premier Spine Care, P.A. se venda o se asocie con otra organización, su registro/información de salud se convertirá en la propiedad del nuevo dueño.

Derechos de su información de salud

- Usted tiene derecho a solicitar restricciones a ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que Premier Spine Care, P.A. no está obligado a aceptar la restricción que usted solicita.
- Cuando lo solicite, usted tiene derecho a la recepción o la comunicación de su información de salud por medio de un método alternativo, o al envío a un destino alternativo que sea diferente al método de comunicación o de entrega usual.
- Usted tiene derecho a inspeccionar y a copiar su información de salud.
- Usted tiene derecho a solicitar que Premier Spine Care, P.A. modifique su información de salud protegida. Sin embargo, tenga en cuenta que Premier Spine Care, P.A. no está obligado a aceptar la modificación de su información de salud protegida. Si su solicitud para modificar su información de salud ha sido negada, se le brindará una explicación sobre las razones de nuestra negación e información sobre cómo puede disentir de la negación.
- Usted tiene derecho a recibir un registro de las divulgaciones de su información de salud protegida por parte de Premier Spine Care, P.A.
- Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento cuando la solicite.

Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad

Premier Spine Care, P.A. se reserva el derecho a modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro, y hará efectivas las nuevas disposiciones para toda la información que conserva. Hasta que se realice dicha modificación, Premier Spine Care, P.A., por ley, deberá cumplir con este Aviso.

Premier Spine Care, P.A. está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud, y a proporcionarle el aviso de sus responsabilidades legales y de sus prácticas de privacidad en relación con su información de salud. Si tiene preguntas acerca de alguna parte de este aviso, o si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, contáctese con el Gerente de Oficina al 913-322-2700. Si el Gerente de Oficina no está disponible, puede programar una conferencia en persona o por teléfono dentro de los próximos 2 días laborables.

Quejas

Las quejas sobre sus derechos de privacidad o sobre cómo Premier Spine Care, P.A. ha manejado su información de salud se deberían comunicar al Gerente de Oficina por teléfono al 913-322-2700. Si el Gerente de Oficina no está disponible, puede programar una conferencia en persona o por teléfono dentro de los próximos 2 días laborables.

Si no está satisfecho con la manera en la que esta oficina maneja su queja, puede enviar una queja formal a:

DHHS, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201

Este aviso entrará en vigencia a partir del ____/____/____

He leído el Aviso de privacidad y he comprendido mis derechos incluidos en él.

Por medio de mi firma, le otorgo a Premier Spine Care, P.A. mi autorización y mi consentimiento para que use y divulgue mi información de salud protegida a efectos de operaciones de tratamiento, pago y atención médica según lo descrito en el Aviso de privacidad.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

Firma de la instalación autorizada

Fecha

PREMIER SPINE CARE, PA
POLÍTICA FINANCIERA

Los cirujanos de nuestra oficina tienen contrato con una variedad de planes de seguro. También brindamos servicios para pacientes que pagan de forma particular. Enviaremos reclamos, en su nombre, a su aseguradora principal y a una aseguradora secundaria (si corresponde). Nuestra oficina no tiene contrato ni presenta reclamos ante seguros de automóvil ni de responsabilidad civil, y el pago se requiere al momento del servicio. La presentación de dichos reclamos será responsabilidad del paciente.

Cuando usted busca atención médica, existen dos contratos relevantes con su compañía de seguros: SU contrato y NUESTRO contrato (del proveedor). Por favor recuerde que su seguro médico es un acuerdo entre usted y su aseguradora. Es su responsabilidad conocer y comprender la cobertura, los beneficios y los requisitos de su plan de seguro médico. Si desea que presentemos un reclamo por sus servicios, debe presentar una tarjeta de seguro vigente al momento del servicio. Si no tiene su tarjeta consigo, se requiere el pago total al momento del servicio. Puede proporcionar la información del seguro a nuestra oficina dentro de los 7 días, y presentaremos un reclamo en su nombre. Al recibir el pago de su seguro, procesaremos un reembolso por cualquier pago excesivo.

Si su plan de salud requiere un copago, esté preparado para pagarlo al momento del servicio. Un copago es parte de la estructura de SU contrato con la compañía de seguros y está diseñado para compartir cierta responsabilidad en su atención médica. El copago no es parte de NUESTRO contrato con su aseguradora y no es a nuestra discreción si su plan tiene un copago o cuál puede ser el monto. Estamos obligados a cobrarlo al momento del servicio o enfrentar penalidades financieras. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, Mastercard, Discover o American Express. Si no está preparado para pagar su copago o coseguro al momento del servicio, puede ser necesario reprogramar su cita.

Si tiene un procedimiento quirúrgico, recibirá cargos del cirujano, la instalación y el anestesiólogo por separado. Nuestra oficina solo tiene información relacionada con los cargos del cirujano.

Nuestra oficina no ofrece opciones de financiamiento para los servicios de atención médica que brindamos. Sin embargo, hay varias compañías en el mercado que ofrecen financiamiento de atención médica como servicio. En caso de que su saldo no se pague oportunamente y debamos emplear una agencia de cobranza o un abogado, todos los intereses y/o cargos de cobranza serán su responsabilidad además del saldo original de la cuenta cobrada.

Política de autorización de tarjeta de crédito/débito

La mayoría de los planes de seguro tienen un deducible y/o requisito de coseguro como parte de SU contrato con la compañía de seguros. Estamos obligados a cobrar eso directamente. Nuestra política requiere que se registre una tarjeta de crédito o débito antes de ser atendido por nuestros proveedores. Esta tarjeta solo será cargada si su cuenta tiene un saldo vencido de más de 30 días. Verificaremos que la tarjeta sea válida y esté activa al momento de recibirla. Si no proporciona una tarjeta de crédito o débito antes de ser atendido por nuestros proveedores, puede ser necesario reprogramar su cita.

Antes de los procedimientos quirúrgicos, nuestra oficina verificará los beneficios del seguro. Por extraño que parezca, verá en SU contrato con la compañía de seguros que la autorización para un procedimiento aún no es una garantía de pago. Si necesita información más detallada sobre la póliza, deberá contactar a su compañía de seguros. No procesaremos el pago en la tarjeta de crédito/débito hasta después de haber presentado un reclamo y recibido una respuesta negativa de su compañía de seguros. En última instancia, la responsabilidad financiera por la atención médica recae en el paciente y no podemos controlar a una compañía de seguros en su nombre. Como titular de la póliza que paga primas a la compañía de seguros, usted es el único que tiene verdadera influencia para obtener los beneficios que le corresponden.

Después de cada visita con nosotros, presentaremos un reclamo, en su nombre, ante su compañía de seguros. Después de que su compañía de seguros procese su reclamo, Premier Spine Care enviará un estado de cuenta a la dirección registrada proporcionándole cualquier saldo pendiente que sea su responsabilidad. Si no recibimos el pago dentro de los 30 días de la fecha del estado de cuenta, procesaremos el saldo adeudado a la tarjeta registrada. Si tiene preguntas sobre su factura, debe contactar a nuestra oficina al 913-322-2700 antes de ese plazo.

La seguridad de su información es de la máxima importancia. La información de su tarjeta es almacenada por un proveedor comerciante de tarjetas de crédito, que se especializa en el almacenamiento/procesamiento de tarjetas de crédito y mantiene el más alto nivel de seguridad para ese tipo de información. Nuestro personal no tiene acceso a la información de su tarjeta después de que se ingresa en la base de datos del proveedor comerciante. No se almacena información médica personal con la compañía comerciante de tarjetas de crédito.

Si tiene preguntas sobre la política financiera, contacte a nuestra oficina al 913-322-2700.

He leído y comprendo las políticas mencionadas anteriormente y estoy de acuerdo con ellas, según se describen. Comprendo que este acuerdo es definitivo e irrevocable.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente

Fecha

Premier Spine Care

Política de cancelación/inasistencia

- **Se solicita un aviso con 24 horas de anticipación si no puede asistir a una cita.**
Si no se presenta a una cita programada, o no llama para cancelar su cita dentro de las 24 horas, se le puede cobrar una tarifa de \$50. Esta tarifa de \$50 es responsabilidad del paciente y no se factura a la compañía de seguros.
- Premier Spine Care comprende que, en ocasiones, pueden surgir situaciones de emergencia que impidan dar aviso con 24 horas de anticipación. El clima inclemente es una de dichas situaciones. Estos casos se manejarán de forma individual a discreción del médico tratante y/o del personal de la recepción.
- Por favor comprenda que estamos reservando este horario SOLO PARA USTED. Un aviso tardío o la inasistencia a una cita genera tanto una pérdida financiera para nuestra práctica COMO una oportunidad perdida de ayudar a otro paciente que lo necesita.

Firma del paciente

Fecha