

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____ Mano Dominante: R L

Dirreccion: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de telefono: (cell): _____ Otro: _____

Correo Electronico: _____ Numero de Licencia de Manejo # _____

Sexo: M F

Circule: Soltero Casado Viudo Menor Separado Divorciado Juntado

Empleador/Escuela: _____

Dirreccion: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono del empleador/escuela: _____ Ocupación: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del cónyuge: _____ Número de teléfono#: _____

En caso de emergencia: _____ Teléfono#: _____

Relación con el paciente: _____

¿Quién es responsable de esta cuenta?: _____ Relación: _____

Compañía de Seguros de Salud: _____

Grupo#: _____ ID de miembro#: _____

¿El paciente está cubierto por un seguro adicional? Sí No Compañía de seguro médico: _____

Nombre del asegurado: _____ Teléfono#: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____ Relación con el paciente: _____

Grupo#: _____ ID de miembro#: _____

¿Esta condición se debió a una colisión de automóvil? Sí No

¿Quién es su médico de familia? _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? Internet Seguros Dr: _____ Paciente: _____

CONDICIÓN DEL PACIENTE:

Motivo de la visita: _____

¿Cuándo aparecieron sus síntomas? _____

¿Esta afección está empeorando progresivamente? Sí No

Gravedad de su dolor en una escala de Leve Moderado Severo (check one)

Tipo de dolor (marque una opción): Agudo Sordo Pulsante Entumecimiento Dolor

Punzante Ardor Hormigueo Calambres Rigidez Hinchazón Otro _____

¿Interfiere con su (marque una opción): Trabajo Sueño Rutina diaria Recreación

Actividades o movimientos que resultan dolorosos de realizar:

Sentarse Estar de pie Caminar Agacharse Acostarse

¿Con qué frecuencia siente dolor? _____

¿Su dolor es constante o aparece y desaparece? _____

Historia De Salud (antes del accidente)

Fecha de su ultimo:Examen fisico: _____ Radiografias de la columna: _____ Pueba de sangre: _____

Examen de la columna: _____ Radiografia de pecho: _____ Examen de orina: _____

Radiografia Dentales: _____ MRI, CT-Scan, Escaneo de hueso: _____

Marque si TIENE o ha TENIDO lo siguiente:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Atencion Psiquiatrica |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado | <input type="checkbox"/> Reuma Articular |
| <input type="checkbox"/> Vacunas contra la alergia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migraña | <input type="checkbox"/> STD |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Aborto Espontáneo | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Intentos de suicido |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Coto | <input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Gonorrhea | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Hemorragicos | <input type="checkbox"/> Gout | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Bultos en los senos | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Osteopenia | <input type="checkbox"/> Ulcers |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Tos Ferina |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hernia de Disco | <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Presion Alta | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dependencia quimica | <input type="checkbox"/> Cholesterol Alta | <input type="checkbox"/> Prosthesis | _____ |

Estas Embarazada? Si No Fecha de Parto: _____

Ejercicio: Ninguno Moderado Diario Pesado

Actividades de Trabajo: Sentado En Pie Trabajo Ligero Trabajo Pesado

Habitos: Fumar: Paquetes al Dia: _____ Tomar alcohol: Bebidas a la semana: _____

Café/Cafeina: Copas al Dia: _____

Razon de alto nivel de estres: _____

LESIONES ANTERIORES:

Caídas: Sí No When: _____

Describir: _____

Lesiones en la cabeza / conmoción cerebral: Sí No When: _____

Describir: _____

Huesos rotos: Sí No When: _____

Describir: _____

Dislocaciones: Sí No When: _____

Describir: _____

Lesiones automovilísticas / lesiones laborales: Sí No When: _____

Describir: _____

Cirugías previas de cuello / espalda: Sí No When: _____

Describir: _____

Otras cirugías: Sí No When: _____

Describir: _____

¡LEA, FIRME LA ÚLTIMA PÁGINA Y GUARDE LAS PRIMERAS 2 PÁGINAS PARA SUS REGISTROS!

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

Tratamiento: Los miembros del personal pueden usar su información médica o divulgarla a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar afecciones médicas y brindar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas y procedimientos de laboratorio estarán disponibles en su historia clínica para todos los profesionales de la salud que puedan brindar tratamiento o que puedan ser consultados por miembros del personal.

Pago: Los miembros del personal pueden utilizar su información médica para solicitar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una aseguradora de automóviles o de compañías de tarjetas de crédito que puede utilizar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios prestados y la afección médica que está tratando.

Operaciones de atención médica: Su información médica puede usarse según sea necesario para respaldar las actividades diarias y la administración de Anthem Chiropractic. Por ejemplo, la información sobre los servicios que se brindan se puede utilizar para respaldar la elaboración de informes financieros y presupuestarios, y las actividades para evaluar y promover la calidad, como la capacitación. Además, también podemos usar una hoja de registro donde se le pedirá que proporcione su nombre e indique su médico. También podemos llamar su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo.

Cumplimiento de la ley: Su información médica puede ser divulgada a agencias de salud pública para respaldar las auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones del cumplimiento de la ley y cumplir con los informes exigidos por el gobierno.

Informes de salud pública: Su información médica puede ser divulgada a agencias de salud pública según lo requiera la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar sobre ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización: La divulgación de su información médica o su uso para cualquier propósito distinto de los enumerados anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar un uso o divulgación de su información, puede enviar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará ningún uso o divulgación de información que haya ocurrido antes de que nos notificara su decisión de revocar su autorización.

USOS ADICIONALES DE LA INFORMACIÓN

Recordatorios de citas: Nuestro personal puede utilizar su información médica para enviarle recordatorios de citas.

Información sobre tratamientos: Su información de salud se puede utilizar para enviarle información que puede resultarle interesante sobre el tratamiento y manejo de su condición médica. También podemos enviarle información que describa otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle.

DERECHOS INDIVIDUALES

Tiene ciertos derechos según los estándares federales de privacidad. Éstas incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica protegida.
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y su tratamiento.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.
- El derecho a enmendar o enviar correcciones a su información médica protegida.
- El derecho a recibir y rendir cuentas de cómo ya quién se ha divulgado su información médica protegida.
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Deberes quiroprácticos de Anthem: La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad: Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras prácticas y políticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Si lo solicita, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información médica protegida que mantenemos.

Solicitudes para inspeccionar información médica protegida: Generalmente, puede inspeccionar o copiar la información médica protegida que mantenemos. Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información médica protegida se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros comunicándose con el secretario de registros médicos o el gerente de la oficina. Su solicitud será revisada y generalmente aprobada a menos que existan razones legales o médicas para rechazar la solicitud.

Quejas: Si desea enviar un comentario o una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta que describa sus inquietudes a:

Attn: Privacy Officer

Anthem Chiropractic

10170 S. Eastern Avenue Ste 110, Henderson, NV 89052

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, comuníquenoslo enviando una carta a la dirección indicada anteriormente.

**** No se le sancionará ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja. ****

Persona de contacto: Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nosotros en:

Attn: Office Administrator

Anthem Chiropractic

10170 S. Eastern Avenue Ste 110, Henderson, NV 89052

(702) 614-6777



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.com

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para Anthem Chiropractic.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del representante del paciente

Relación al Paciente

****Obligatorio si el paciente es un menor o un adulto que no puede firmar este formulario.****

SÓLO PARA USO DE OFICINA

DOCUMENTACIÓN DE INTENTO DE OBTENER RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se intentó obtener un acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad el _____.

El reconocimiento no se obtuvo porque:

- El paciente estaba recibiendo tratamiento de emergencia.
- El paciente se negó a firmar el reconocimiento.
- Otro

Nombre del Paciente

Nombre del Miembro del Personal

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Al paciente: Lea este documento en su totalidad antes de firmarlo. Es importante que comprenda la información que contiene. Haga preguntas antes de firmar si hay algo que no le quede claro.

La naturaleza del ajuste quiropráctico:

El tratamiento principal que utilizan los médicos quiroprácticos es la terapia manipulativa espinal. Utilizaré ese procedimiento para tratarlo. Puedo usar mis manos o un instrumento mecánico sobre su cuerpo de tal manera que mueva sus articulaciones. Eso puede causar un "pop" o "clic" audible, muy parecido al que ha experimentado cuando "cruje" sus nudillos. Puede sentir una sensación de movimiento.

Análisis/Examen/Tratamiento:

Como parte del análisis, examen y tratamiento, usted acepta los siguientes procedimientos:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia manipulativa espinal | <input type="checkbox"/> Palpación | <input type="checkbox"/> Signos vitales |
| <input type="checkbox"/> pPrueba de rango de movimiento | <input type="checkbox"/> Prueba ortopédica | <input type="checkbox"/> Prueba neurológica básica |
| <input type="checkbox"/> Prueba de fuerza muscular | <input type="checkbox"/> Prueba de análisis postural | <input type="checkbox"/> Ultrasonido |
| <input type="checkbox"/> Terapia de frío/calor | <input type="checkbox"/> EMS | <input type="checkbox"/> Estudios radiográficos |
| <input type="checkbox"/> Otros: hielo mineral, tracción, masajes, ejercicios terapéuticos, instrucciones ergonómicas y de estilo de vida, suplementos nutricionales y recomendaciones dietéticas | | |

El paciente debe poner sus iniciales en cada procedimiento al que esté dando su consentimiento.

El riesgo inherente al ajuste quiropráctico:

Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen ciertas complicaciones que pueden surgir durante la manipulación y la terapia quiropráctica. Estas complicaciones incluyen, entre otras : fracturas, lesiones de disco, dislocaciones, distensiones musculares, mielopatía cervical, distensiones y separaciones costovertebrales y quemaduras. En algunos casos, la manipulación del cuello se ha asociado con lesiones en las arterias del cuello que conducen o contribuyen a complicaciones graves, incluido el accidente cerebrovascular. Algunos pacientes sentirán algo de rigidez y dolor después de los primeros días de tratamiento. El médico hará todos los esfuerzos razonables durante el examen para detectar las contraindicaciones para la atención; sin embargo, si tiene una afección que de otro modo no llegaría a la atención del médico, es su responsabilidad informarle.

La probabilidad de que ocurran esos riesgos:

Las fracturas son casos poco frecuentes y generalmente son consecuencia de alguna debilidad subyacente del hueso, que comprobamos durante la toma de su historia clínica y durante el examen y la radiografía. El accidente cerebrovascular y/o la disección arterial causados por la manipulación quiropráctica del cuello han sido objeto de constantes investigaciones y debates médicos. Las investigaciones más actuales sobre el tema no son concluyentes en cuanto a un incidente específico de esta complicación. Si existe una relación causal, es extremadamente rara y remota. Lamentablemente, no existe un procedimiento de detección reconocido para identificar a los pacientes con dolor de cuello que corren el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular arterial.

La capacidad y la naturaleza de otras opciones de tratamiento:

Otras opciones de tratamiento para su afección pueden incluir:

- Analgésicos de venta libre autoadministrados y reposo
- Atención médica y medicamentos recetados como antiinflamatorios, relajantes musculares y analgésicos
- Hospitalización
- Cirugía

Si decide utilizar una de las opciones de “otros tratamientos” mencionadas anteriormente, debe tener en cuenta que existen riesgos y beneficios de dichas opciones y es posible que desee analizarlos con su médico de cabecera.

Los riesgos y peligros que conlleva no recibir tratamiento:

Si no se trata, pueden formarse adherencias y reducirse la movilidad, lo que puede desencadenar una reacción dolorosa que reduzca aún más la movilidad. Con el tiempo, este proceso puede complicar el tratamiento, haciéndolo más difícil y menos eficaz cuanto más se posponga.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR (MENOR DE EDAD)

Por la presente solicito y autorizo a Anthem Chiropractic a realizar pruebas de diagnóstico y brindar ajustes quiroprácticos y otros tratamientos a mi hijo/hija menor de edad: _____. Esta autorización se extiende a todos los demás médicos y miembros del personal del consultorio y tiene como objetivo incluir un examen radiográfico a discreción del médico.

A partir de esta fecha, tengo el derecho legal de seleccionar y autorizar servicios de atención médica para el menor mencionado anteriormente. (Si corresponde) Según los términos y condiciones de mi divorcio, separación u otra autorización legal, no se requiere el consentimiento de mi cónyuge/ex cónyuge u otro padre. Si mi autoridad para seleccionar y autorizar esta atención se revoca o modifica de alguna manera, notificaré de inmediato a esta oficina.

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO LO ANTERIOR. MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

He leído o me han leído la explicación anterior sobre el ajuste quiropráctico y el tratamiento relacionado. Lo he comentado con Anthem Chiropractic y he obtenido respuestas a mis preguntas de forma satisfactoria. Al firmar a continuación, declaro que he sopesado los riesgos que implica someterse al tratamiento y he decidido que lo mejor para mí es someterme al tratamiento recomendado. Tras haber sido informado de los riesgos, doy mi consentimiento para dicho tratamiento.

Fecha _____

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Nombre del médico _____

Firma del paciente /padre o tutor

Firma del médico

POLÍTICA DE ASIGNACIÓN FINANCIERA Y DE SEGUROS

Nuestra oficina se complace en aceptar su asignación de seguro, tan pronto como la parte responsable verifique su cobertura exacta. Presentaremos sus formularios de reclamo y lo ayudaremos en todo lo que podamos.

Sin embargo, debe entenderse plenamente que el contrato es entre usted y su compañía de seguros y que usted es totalmente responsable de cualquier monto que no pague su seguro.

1. Al contratar su seguro en la cesión, tenemos que esperar el pago, esta cortesía puede retirarse si las circunstancias lo justifican.
2. Red versus fuera de la red: Si su proveedor tiene una "red" de proveedores, es su responsabilidad asegurarse de que estemos en la red. Podemos brindar atención "fuera de la red", pero su porción tal vez sea mayor. Es su responsabilidad asegurarse de que su compañía de seguros y la información de facturación sean precisas.
3. Su seguro debe pagar dentro de los 30 días. Si su seguro no ha pagado dentro de los 60 días, usted deberá pagar el saldo adeudado y ser reembolsado por su compañía de seguros, cuando y si paga. Se aplicará un cargo por intereses del 7% anual sobre todos los saldos impagos de más de 60 días.
4. Le facturaremos a su seguro semanalmente siempre que reciba atención quiropráctica en esta oficina. Los pacientes en efectivo pagarán en la fecha del servicio según nuestro programa de tarifas por tiempo de servicio.
5. Si lo desea, puede pagar un porcentaje de su responsabilidad a medida que avanza hasta que se reciba el cheque del seguro. Verificaremos su porción de coseguro antes del tratamiento. Esta oficina acepta efectivo, cheque o tarjeta bancaria como forma de pago.
6. O le facturaremos a su compañía de seguros semanalmente y cuando recibamos un cheque de seguro, le facturaremos cualquier saldo o interés adeudado en ese momento.
7. Debe firmar un formulario de "Asignación para pagar al médico" y cualquier otro documento de asignación requerido por su compañía de seguros en su primera visita al consultorio.
8. Nuestra oficina NO garantiza que su seguro pague. Haremos todo lo posible, al comienzo de su atención médica, para recibir la verificación de su póliza y lo que cubre. Sin embargo, si por alguna razón se niega su reclamo de seguro, usted es responsable del monto total de su factura.
9. Nuestra oficina NO entablará una disputa con su compañía de seguros sobre su reclamo. Ésta es su responsabilidad y obligación.
10. Todos los arreglos especiales relacionados con las finanzas deben estar firmados por el médico y el paciente y / u otro representante.
11. Póliza de lesiones de automóviles: para las pólizas de automóviles, facturamos el pago médico primario/PIP. Si su atención excede su límite de cobertura, es posible que podamos facturarle a su seguro médico o ponerlo en nuestro plan de tiempo de servicio. Si está representado por un abogado, debe firmar un gravamen médico que se enviará a su abogado. Tenga en cuenta que usted es responsable de su factura independientemente de las circunstancias. El seguro de terceros no reembolsará directamente a nuestra oficina, por lo que NO se facturará el seguro de terceros.
12. Cheques devueltos: se le cobrará \$ 25.00 por un cheque devuelto.
13. Registros médicos: puede solicitar una copia de sus registros médicos. Cobramos \$ 0.60 por página cuando las recoge.

Si comprende y está de acuerdo con todas las políticas anteriores, firme con su nombre a continuación y aceptaremos su asignación de seguro. Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a dicho médico. Soy responsable del saldo adeudado y autorizo al médico o al asegurador. para divulgar mi información personal para pagar este reclamo.

Deseo NO utilizar mi cobertura de seguro médico y elijo ser un Paciente en efectivo.



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.com

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de cumpleaños: _____ Número de seguridad social: _____

Autorizo a cualquier médico, dentista, quiropráctico, hospital, farmacéutico, profesional médico, cuidado de la salud proveedor, compañía de seguros, proveedor de compensación para trabajadores o empleador para divulgar toda la información sobre la atención médica pasada y presente, antecedentes, condición física y lesiones, incluidas las detalladas declaraciones a Anthem Chiropractic.

Acepto que esta autorización seguirá siendo válida hasta un año después de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por entrega de notificación por escrito a Anthem Chiropractic.

Por la presente designo a la empresa mencionada anteriormente y a su personal de reclamaciones como mi representante designado, de conformidad con NCGS Sec 90-411 con el fin de obtener copias de mis registros médicos, la producción de los cuales se autoriza en este documento. Es mi intención específicamente que esta designación proporcione a la empresa mencionado anteriormente el beneficio de las tarifas máximas establecidas en NCGS Sec 90.41.

Entiendo que yo (o mi representante) tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de este formulario puede aceptarse como original.

Yo (o el paciente mencionado anteriormente) he recibido tratamiento de atención médica de los siguientes proveedores:

Nombre del proveedor Teléfono

Nombre del proveedor Teléfono

Nombre del proveedor Teléfono

Envíe los registros a:

Anthem Chiropractic
10170 S Eastern Ave., Ste. 110
Henderson, NV 89052
Teléfono: (702) 614-6777
Fax: (702) 614-6778

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación con el paciente

Fecha



10170 S. Eastern Ave. #110 Henderson, NV 89052

P: (702) 614.6777

C: (702) 840.9154 | F: (702) 614.6778

www.drderekday.com | info@drderekday.com

POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS PERDIDOS

En un esfuerzo por evitar citas perdidas, recibirá una llamada de recordatorio automatizada y / o una confirmación por mensaje de texto de nuestra oficina la noche antes de su cita programada.

La política de nuestra oficina con respecto a las citas perdidas es la siguiente:

Cualquier cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación, incluido "no llamar, no presentarse", se facturará como cita perdida. La tarifa de cita perdida de \$ 25.00 debe pagarse antes o en el momento de su próxima cita. Esta cantidad no es elegible para la facturación del seguro y es responsabilidad del paciente.

Gracias por su comprensión y consideración,

Dr. Day y su equipo quiropráctico de Anthem

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS PERDIDOS DESCRITOS ANTERIORMENTE. SERÉ RESPONSABLE DE TODAS LAS CITAS QUE NO SEAN CANCELADAS CON 24 HORAS DE AVISO, INCLUYENDO NO LLAMAR, NO MOSTRAR NOMBRAMIENTOS. ESTO RESULTARÁ EN UNA TARIFA DE \$ 25.00 NO FACTURABLE A MI SEGURO, QUE SE DEBE PAGAR EN O ANTES DE LA FECHA DE LA PRÓXIMA CITA.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Nombre del Paciente