



DR. DANTE GABRIEL, SC

Dante Gabriel, MD, FAAP

Faye Montes, MD, FAAP

Alma Guzman, MD, FAAP

Marson Tenoso, MD, FAAP

Acuerdo de Cumplir con polizas de Oficina

Las polizas y reglas puestas por esta oficina son para el beneficio y seguridad de nuestros empleados, doctores y pacientes. Por favor este advertido, fracaso de este acuerdo puede resultar en terminación de nuestra relación de paciente-proveedor.

Poliza de citas perdidas o canceladas sin aviso de 24 horas son los siguientes:

Citas hechas el mismo día para pacientes enfermos deben de ser cumplidas. Si por algún motivo no puede atender su cita un cobro de \$30.00 sera cobrado a la cuenta del paciente.

Para citas de chequeo general y físicos se pide que se hagan con anticipación, tratamos lo mas pronto posible de acomodar a nuestros pacientes lo mas que sea posible, pero aveces no es posible. Por esa razón le pedimos disculpa con anticipación, y que haga su cita lo mas pronto posible. Le suplicamos que cancele su cita de físicos o chequeo general con minimo de 24 horas antes de su cita. Si cancela su cita dentro menos de 24 horas, se le cobra \$30.00 y \$55.00 se cobra para citas sin cancelar y quebradas.

Comportamiento abusivo y disruptivo no sera tolerado en esta oficina. Tal comportamiento podrá resultar en terminación inmediata de nuestra relación de paciente-proveedor. Comportamiento abusivo y disruptivo incluye pero no es limitado a lo siguiente:

1. Lenguaje profane y irrespetuoso.
2. Comportamiento inapropiado (insultos o comentarios despectivos)
3. Comentarios sexuales.
4. Aventando cosas o expedientes.
5. Arrebatos violentas.
6. Amenazas o acciones iniciando intimidacion.
7. Criticando de nuestros doctores o personal en manera negativa.
8. Violacion de limites con pacientes y personal.
9. Comportamiento sin etica y deshonesto.
10. Comportamiento implicado amenazas o violentas fisicas.

Firmando esta forma reconozco y entiendo las polizas de esta oficina. Con mi firma yo estoy de acuerdo con estas polizas y entiendo las consecuencias si no cumpla con las polizas.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HIPAA



DR. DANTE GABRIEL, SC

Dante Gabriel, MD, FAAP
Faye Montes, MD, FAAP
Alma Guzman, MD, FAAP
Marson Tenoso, MD, FAAP

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a los doctores de esta oficina que utilicen y compartan informacion sobre la historia medica de mi hijo/a contenido en su expediente medico: para razones de tratamiento de salud de mi hijo/a y cobros medico.

Yo entiendo que puedo elegir a retirar mi consentimiento dando una notificación escrita a la oficina.

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

Por razones de seguridad y privacidad a nuestros pacientes, necesitamos nombres, numeros de seguro y relacion al paciente anotada en esta forma para dar permiso a la persona anotada de recibir informacion sobre el paciente:

Nombre: _____ SS#: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ SS#: _____ Relacion: _____

Por favor tome un momento para observar los cargos de esta oficina:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Cheque sin fodos = \$35.00 | Copias de comprobantes de vacunas = \$2.00 |
| Cita (rutina) perdida= \$55.00 | Formas de fisico = \$15.00 |
| Cita (enfermo) perdida= \$35.00 | Formas de FMLA= \$25.00 |
| Notas escritas de la oficina= \$5.00 | Formas de inmigracion= \$5.00 |
| Citas canceladas tarde= \$30.00 | Proceso de cambio de doctores= \$15.00 |

Yo reconozco que estos son los cobros de esta oficina y acepto pagar los precios/cobros anotados en caso que mi hijo/a pierda una cita o cancele tarde. Aparte entiendo y acepto responsabilidad por cobros que mi aseguanza no cubra por servicios recibidos.

Este advertido: Si su hijo/a tiene sintomas de enfermedad al tiempo de su cita de chequeo general o fisico, su aseguanza puede cobrar su co-pago, y es su responsabilidad de pagar al tiempo de su visita.

Firma de Padre: _____ _ Fecha: _____

Anote los nombres de todos sus hijos que atienden esta oficina:

_____	_____
_____	_____
_____	_____