

CARE FOR WOMEN
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA PACIENTE
PARA TRATAMIENTOS MEDICOS Y/O DE CIRUGIA

Yo autorizo a los medicos de Care for Women a suministrar atencion medica incluyendo, sin limitaciones, procedimientos rutinarios de diagnostico y tratamiento medico, los cuales incluyen cualquier procedimiento que se estime necesario por el medico asistente u otro doctor o auxiliar que pueda ser designado por el medico para la atencion medica.

Entiendo que Care for Women no ha establecido ninguna justificacion, garantia o seguridad con respecto a los resultados de cualquiera de los tratamientos, examenes u otros cuidados medicos.

Fecha

Firma de la Paciente

Testigo

**Si la paciente es menor de edad, el padre/madre
o el tutor legal tambien debe firmar**

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal

Fecha

Testigo

Care for Women
POLITICA FINANCIERA

Nosotros estamos comprometidos en suministrarle la mejor atencion posible y complacidos en discutir con usted sobre nuestros honorarios profesionales en cualquier momento. Su clara comprension de nuestra *Politica Financiera* es importante para nuestra relacion profesional. Por favor preguntenos si usted tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios, la *Politica Financiera* o su responsabilidad.

- ❖ Todas las pacientes deben diligenciar completamente nuestro formulario de *Politica Financiera* antes de ver al medico.
- ❖ Se debe pagar totalmente en el momento de la prestacion del servicio.
- ❖ Para mantenerse en conformidad con los terminos de su HMO/PPO, debemos recibir su aporte al pago compartido en el momento de su visita al consultorio.

Si usted tiene seguro de salud, le ayudaremos a recibir los maximos beneficios. Estaremos complacidos en ayudarle a tramitar el formulario de solicitud de reembolso. Cualquier solicitud en ese sentido debe estar acompañada por un formulario de seguro debidamente diligenciado en cada consulta. En casos especiales, podemos aceptar la cesion de los beneficios del seguro.

Como proveedores de la atencion de salud, nuestro contrato es con usted, no con su compania de seguros. **EL SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE USTED Y SU COMPANIA DE SEGUROS.** Nosotros no somos parte de este contrato, en la mayoria de los casos. Nosotros le informaremos si somos parte comprometida en su contrato del seguro, y manejaremos sus solicitudes en conformidad con nuestro acuerdo con la compania de seguros, si existiere alguno. Siendo que el tramite de sus solicitudes de pago del seguro es una cortesia que brindamos a nuestras pacientes, todas las cuentas son de su responsabilidad a partir de la fecha en que se ofrecen los servicios.

USTED ES RESPONSABLE DEL PAGO OPORTUNO DE SU CUENTA. Entendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si tales problemas se presentan efectivamente, le animamos a contactarnos prontamente para colaborar en el manejo de su cuenta.

Los cheques devueltos estaran sujetos al cobro de cuotas adicionales.

Si tiene alguna pregunta con relacion a la anterior informacion o cualquier inquietud con respecto a la cobertura del seguro, por favor no dude en preguntarnos. Estamos para ayudarle. **Por favor confirme con su firma que ha leído y entendido la *Politica Financiera* de Care for Women.**

FIRMA: _____

FECHA: _____