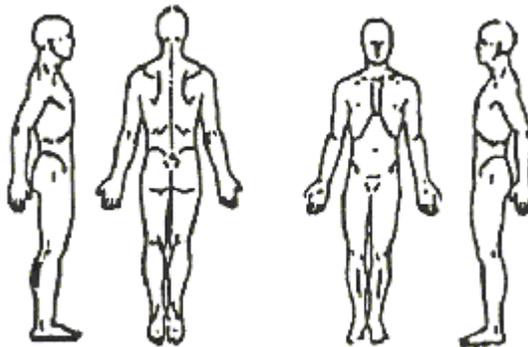


POR FAVOR MARCAR UN CIRCULO EL ÁREA DONDE SIENTE PROBLEMA:



**(PARA LA MUJER PACIENTE)**

- ¿USTED USA PASTILLA ANTICONCEPTIVA?       SÍ     NO
- ¿ESTA USTED EMBARAZADA?                       SÍ     NO
- ¿ESTA USTED AMAMANTANDO?                  SÍ     NO
- ¿TIENE HIJOS?                                       NO     SÍ    CUANTOS: \_\_\_\_\_

- NOSOTROS LE INVITAMOS A DISCUTIR CUALQUIER PREGUNTA ACERCA DE NUESTRO SERVICIO. EL MEJOR CUIDADO DE SALUD ESTA BASADO EN LA AMISTAD, COMPRESIÓN MUTUAL ENTRE EL PROVEEDOR Y EL PACIENTE.
- NUESTRA NORMA REQUIERE QUE EL PAGO SEA SOMETIDOS COMPLETO POR EL SERVICIO AL MOMENTO DE SU TRATAMIENTO, A MENOS QUE SU VISITA SEA **GRATIS** U OTRO ARREGLO SÉA HECHO CON EL SUPERVISOR DE LA OFICINA. SI LA CUENTA NO SE PAGA ENTRE 90 DÍAS DEL DIA DE QUE SE HIZO EL SERVICIO Y NINGÚN ARREGLO SÉ A HECHO, USTED VA HACER RESPONSABLE DE CUALQUIER GASTO QUE SE HAGA EN COLECCIÓN DE SU CUENTA.
- FIRMANDO ABAJO, YO ENTIENDO Y CONCUERDO QUE EN CASO DE EL DEFECTO, YO SOY LEGALMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS COSTOS DE LA COLECCION INCLUSIVA HONORARIOS DE COLECCION, LOS HONORARIOS RAZONABLES DEL ABOGADO, LOS COSTOS DE LA CORTE, Y TODOS LOS OTROS COSTOS RELACIONADOS A LA COLECCION DE ESTA DEUDA.
- YO AUTORIZO AL PERSONAL QUE HAGAN CUALQUIER SERVICIO NECESARIO CUANDO ESTÉN HACIENDO ÉL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. YO AUTORIZO A EL PROVEEDOR QUE LES DEN CUAL QUIERA INFORMACIÓN QUE REQUIERAN PARA PODER PROCESAR ALGÚN RECLAMO A MÍ SEGURO.
- YO ENTIENDO LA INFORMACIÓN Y CERTIFICO QUE ESTA FORMA FUE COMPLETADA CON LO MEJOR QUE PUEDE Y ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD, INFORMAR A LA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI ESTADO MEDICO.
- YO POR LA PRESENTE AUTORIZO LA TAREA DE MIS DERECHOS DEL SEGURO Y BENEFICIOS AL PROVEEDOR PARA SERVICIOS RENDIDOS (SI SE OFRECE EN ESTA OFICINA)

FIRMA: \_\_\_\_\_                                      FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(COPIA DE SU LICENCIA DE CONDUCTOR)