

**Póliza de la Oficina**

**Nombre de el/la paciente(s):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Favor de leer e iniciar lo siguiente:**

1. No vemos pacientes sin cita. Por favor llame para una cita. Si el/la paciente esta mas de 15 minutos tarde se le cambiara la cita para otro dia.

\*Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Co-pagos tienen que ser hechos el mismo dia de la visita . No acceptamos cheques .

\*Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Los pacientes tienen que actualizar su información en cada visita . (Dirección, numero de telefono, plan medico, etc.)

\*Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La oficina le cobrara la visita a su plan medico primero; es su responsabilidad de cualquier deducible, co-pagos, cualquier costo o balance adicional.

\*Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Dado a las regulaciones de OSHA, no se permitira ningun tipo de comida o bebida en los curators u oficina. (solo agua sera acceptable)

\*Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_

1. No se permitira el uso de telefono celular en la oficina. Si necesita tomar una llamada, favor de contestarla fuera de la oficina.

\*Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Se require por lo menos de un padre o tutor que provea su numero de seguro social y una identificación de el estado de CA o licensia valida . Poliza de la oficina sin ninguna excepcion.

\*Iniciales\_\_\_\_\_\_

Gracias por su cooperación:

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_