



## Terapia Ocupacional de la Mano

# Acuerdo Financiero para Pago Directo por el Paciente

<b>Nombre del Paciente</b>	Apellido: _____	Primer Nombre: _____	Inicial 2do Nombre: _____
<b>Persona Financieramente Responsable (Si es diferente)</b>	Apellido: _____	Primer Nombre: _____	Inicial 2do Nombre: _____

**Si usted no tiene seguro de salud y ha decidido ser tratado en Advanced Hand & Plastic Surgery Center, LLC por nuestro terapeuta certificado en terapia de las manos, entonces usted es responsable de seguir nuestra póliza de "Acuerdo Financiero para Pago Directo por el Paciente"**

- Usted es responsable del pago por los servicios prestados a usted y está obligado a pagar antes de la consulta inicial un importe estimado por los servicios y el tratamiento previsto, y la cantidad real final que usted deba se pagará a la salida, después de la cita, el mismo día de cada visita.  
 \_\_\_\_\_ **Escriba sus Iniciales**
- Si usted no paga la totalidad del importe final, cualquier visita posterior se reprograman hasta que el saldo de su cuenta se pague en su totalidad.  
 \_\_\_\_\_ **Escriba sus Iniciales**
- Si usted no es capaz de pagar el saldo total por los servicios recibidos, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de facturación inmediatamente para discutir las posibles opciones de pago que apliquen en su caso. No se podrá continuar su tratamiento si se mantiene un saldo pendiente en su cuenta antes de la próxima cita programada  
 \_\_\_\_\_ **Escriba sus Iniciales**
- Su cooperación en la cancelación con anterioridad al día de su cita nos permite la oportunidad de ofrecer su espacio de tiempo previamente reservado (45 minutos) a otra persona que necesite ser visto por el terapeuta para recibir tratamiento. El no mantener su cita programada y confirmada dará lugar a **un cargo por cancelación de \$25 dólares**, que Ud debe pagar junto con cualquier otro cargo generado en su próxima visita.  
 \_\_\_\_\_ **Escriba sus Iniciales**

Yo, \_\_\_\_\_ ("paciente / persona financieramente responsable"), de acuerdo con el siguiente acuerdo financiero con **Advanced Hand & Plastic Surgery Center, LLC**. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios y/o tratamiento, el costo indicado en el listado de precios directamente de mi bolsillo en el momento en que los servicios son proporcionados por el terapeuta certificado en terapia de las manos. Yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los servicios y/o cargos adicionales de acuerdo a como se describe en la "Lista de precios". Además, entiendo que si no hago el pago por los servicios prestados como se indica en nuestro acuerdo financiero y estos no son pagados por más de 30 días; mi incumplimiento dará lugar a sanciones financieras, tales como, pero sin limitarse a, ser enviado/a a una compañía de colección y el pago por honorarios legales.

**Mi firma a continuación constituye el reconocimiento y aceptación de este acuerdo financiero establecido entre Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC y mi persona.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Paciente o Tutor: Persona responsable financieramente)

Nombre del paciente-(Completo): \_\_\_\_\_

Revisado por (OT/Billing solamente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*\*Nota: Una copia de su recibo de pago y del Listado de precios estará disponible para usted, si así lo solicita.*

*Aprobado: Abril25/12*