



DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Fecha:		Nombre del Doctor Previo:					
INFORMACION DE PACIENTE							
Apellido:		Primer Nombre:		2da Iniciales	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado Civil Soltero / Casado / Div / Sep / Viudo	
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombres Alternos:		Correo Electronico:		Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Direccion:			# Seguro Social		Telefono: ()		
Numero Cellular:		Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:	
Occupacion:		Lugar de Trabajo:			Numero de Trabajo: ()		
Como se entero de nosotros:		<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Periodico		<input type="checkbox"/> Plan Medico	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amistad	<input type="checkbox"/> Radio	Anuncios de TV	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Billboard	<input type="checkbox"/> Periodico	<input type="checkbox"/> Por Correo
Nombre de persona de referido:				Nombre de familiar paciente de IMA:			
INFORMACION DE SEGURO							
Persona responsable Por Fractura:		Fecha de Nacimiento:		Direccion (si es diferente):		Telefono de Hogar o Cellular: ()	
Es paciente actual?:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Occupacion:	Trabajo:	Direccion de Trabajo:			Telefono de Trabajo: ()		
Esta cubierto por seguro:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Por Favor Indicar Seguro Primario:		<input type="checkbox"/> Medicare		<input type="checkbox"/> CarePlus	<input type="checkbox"/> Freedom		<input type="checkbox"/> Simply <input type="checkbox"/> Optimum
<input type="checkbox"/> Amerigroup	<input type="checkbox"/> Wellcare	<input type="checkbox"/> BetterHealth		<input type="checkbox"/> BCBS	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> UHC	<input type="checkbox"/> UHC <input type="checkbox"/> Other
Nombre del Asegurado:		Numero de la Poliza:		Fecha de Nacimiento	Numero de Grupo:	<input type="checkbox"/> Numero del Plan:	Co-pago: \$
Relacion al Asegurado		<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro		
Seguro Secundario		Nombre de Asegurado			Numero de Grupo:		Numero de Poliza:
Relacion al Asegurado:		<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro		
CONTACTO DE EMERGENCIA							
En caso de emergencia llamar a:				Relacion al paciente:	Telefono de Hogar: ()	Telefono de Cellular: ()	

YO AUTORIZO A LOS PROVEEDORES DE IMA Medical Group A PROVEER CUALQUIER SERVICIO MEDICO QUE CONSIDEREN NECESARIO DE ACUERDO A SU CRITERIO PROFESIONAL.

YO AUTORIZO A QUE MIS BENEFICIOS DE SEGURO MEDICO SEAN PAGAODS DIRECTAMENTE A IMA Medical Group.

YO AUTORIZO A IMA Medical Group A PROVEER CUALQUIER INFORMACION PERTINENTE SOBRE MI HISTORIAL MEDICO A MI SEGURO MEDICO.

YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE FINANCIERAMENTE DE CUALQUIER CUENTA MEDICA CON IMA Medical Group A MENOS QUE HAYA HECHO OTROS ARREGLOS.

YO ENTIENDO QUE LOS SERVICIOS MEDICOS QUE ME SON PRESTADOS PUEDEN NO SER ELEGIBLES DENTRO DE LOS BENEFICIOS MEDICOS DE MEDICARE, MEDICAID U OTRO SEGURO MEDICO. AQUELLOS SERVICIOS QUE NO SON ELEGIBLES PUEDEN INCLUIR PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS NO CUBIERTOS O PROVISTOS POR PROVEEDORES MEDICOS QUE NO PARTICIPAN EN MI POLIZA DE SEGURO. TAMBIEN INCLUYEN SERVICIOS QUE MI MEDICO DETERMINE MEDICAMENTE NECESARIO, PERO QUE LUEGO SEAN DETERMINADOS COMO INNECESARIOS POR MI PLAN DE SEGURO.

YO ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSABLE POR EL PAGO DE CUALQUIER SERVICIO NO CUBIERTO.

Patient/Guardian signature

Date



CUESTIONARIO MEDICO

Todas las respuestas a este cuestionario son estrictamente confidenciales y serán parte de su record médico.

Nombre (Apell., Nombre):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha Nac.:
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Previous o Especialista:		

Farmacia de Preferencia para enviarle sus medicamentos

Farmacia	Nombre:	
	Dirección:	
	Telefono:	

Alergia a Medicamentos

Nombre del Medicamento	Reaccion que tuvo

Liste todos los medicamentos que toma ahora incluyendo medicamentos sin recetas, como vitaminas, inhaladores, etc.

Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia que la toma

Consent to Obtain External Prescription History

Yo, _____, autorizo a IMA Medical Group y los médicos afiliados a ellos que puedan extraer mi historial de medicamentos a través del servicio de RxHub.

Yo entiendo que el historial de medicamentos recibido por mi a través de médicos no afiliado a IMA Medical Group, o información recibida por los planes de seguro médico, o vía los gerentes de farmacia pudiera ser visible por empleados y médicos de IMA Medical Group y entiendo que los datos incluidos en estos informes podría ser reciente como también de varios años.

Signature

Date

HISTORIAL MEDICO

HISTORIAL MEDICO

Condiciones de Salud

Marcar con un "X" si usted corrientemente sufre de alguna de estas condiciones medicas or si sufrió de ella en el pasado.

Corriente Pasado		Corriente Pasado		Corrientes Pasado		Corrientes Pasado	
Rhinitis Alergica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cancer, Melanoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ataques de Epilepsias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Piedras en el Rinon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cancer, Ovario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Disfuncion Erectile (Hombre)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor Lumbar (Espalda)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cancer, Prostata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problemas con la Anestesia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cancer, Piel (exc Melanoma)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Piedras en la Vesicula	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Linfoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aneurisma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiomgaly	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gastritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Degeneracion Macular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiomiopatia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Menorragia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Estenosis de la arteria carotida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GERD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Migranas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Estenosis Aortica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Catarata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Thrombosis Arterial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fallo Rental Chronico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infarto del Corazon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Artritis (Osteo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Polipos en el Colon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hematuria (Sangrado en la orina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad Arterial Periferica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Artritis (Rheuma)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiac congestiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hemorrhoides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vejiga Hiperactiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fibrilacion Arteral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Estrenimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, C (Selecione Uno)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pancreatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Deficiencia B-12	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sangrado Retal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Deprecion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alta Presion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Acidez / Indigestion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cancer, Ceno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes Typo 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiroides (hyper)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stent, Heart	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cancer, Colon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes Typo 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tiroides (hypo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cancer, Pulmon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Syndrome de Intestino Irritable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hay alguna otra información relacionada con su salud que usted considere importante? (Explique)

Hospitalizaciones

Ano	Diagnostico	Nombre del Hospital

Cirugias

Ano	Diagnostico	Nombre de Hospital

HISTORIAL FAMILIAR

EDAD		PROBLEMAS DE SALUD CHRONICOS		EDAD		PROBLEMAS DE SALUD CHRONICS	
Padre				Hijos			
<input type="checkbox"/> En Vida		<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Diabetes 1		<input type="checkbox"/> M		
<input type="checkbox"/> Fallecido		<input type="checkbox"/> Diabetes 2	<input type="checkbox"/> CAD		<input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> Próstata Cáncer					
Madre		<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Diabetes 1		<input type="checkbox"/> M		
<input type="checkbox"/> En Vida		<input type="checkbox"/> Diabetes 2	<input type="checkbox"/> CAD		<input type="checkbox"/> F		
<input type="checkbox"/> Fallecida		<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ceno				
Hermanos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Abuela <i>Maternal</i>	<input type="checkbox"/> En vida <input type="checkbox"/> Felecido		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			AbuelO <i>Maternal</i>	<input type="checkbox"/> En Vida <input type="checkbox"/> Fallecido		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Abuela <i>Paternal</i>	<input type="checkbox"/> En vida <input type="checkbox"/> Fallecida		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Abuelo <i>Paternal</i>	<input type="checkbox"/> En Vida <input type="checkbox"/> Fallecido		

ESTUDIOS PREVENTIVOS

			FECHA
Alguna vez le han hecho un EKG?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Alguna vez le han hecho la Colonoscopia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Alguna vez le han hecho una Transfusión de Sangre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Alguna vez le han hecho el examen de la próstata? (Solo en Caballeros)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Alguna vez le han hecho un mammograma? (Solo para Damas)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Alguna vez le hicieron la placa de huesos? (DEXA solo para Damas)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Cuando fue su ultimo Papanicolaou? (Dama)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Cuando fue su última visita para laboratorio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Patient Signature: _____ Date: _____



LIVING WILL/DESIGNATION OF HEALTHCARE

Declaración hecha este _____ día de _____, _____

Yo, _____ intencionalmente y voluntariamente doy a conocer mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente bajo las circunstancias que se establecen a continuación, y por la presente declaro que:

Si en algún momento estoy incapacitado y;

_____ Tengo una condición terminal, o

_____ Tengo una condición de etapa final, o

_____ Estoy en un estado vegetativo persistente

Y si el médico que este asistiendo o tratando y otro médico en su consulta ha determinado que no hay probabilidad médica razonable de mi recuperación de tal condición, dirijo que los procedimientos de la vida-prolongación sean retenidos o retirados cuando la aplicación de tales procedimientos sólo serviría para prolongar artificialmente el proceso de morir y que se me permita morir naturalmente con sólo la administración de medicamentos o el cumplimiento de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme cuidado de la comodidad o para aliviar el dolor.

Tengo la intención de que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de tal rechazo. En el caso de que se me haya determinado que no puedo proporcionar o expresar e informar el consentimiento con respecto a la retención, retirada o continuación de los procedimientos de prolongación de la vida, deseo designar a mi suplente para que lleve a cabo las disposiciones de esta declaración.

Entiendo perfectamente que esta designación permitirá a mi designado para tomar decisiones de cuidado de la salud, excepto para los regalos anatómicos, a menos que haya ejecutado una declaración de regalo anatómica de acuerdo con la ley, y para proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de la atención de salud; y para autorizar mi admisión o transferencia de un centro de atención médica. Además, afirmo que esta designación no se está haciendo como una condición de tratamiento o admisión a un centro de atención médica. Notificaré y enviaré una copia de este documento a mi suplente, para que ellos sepan que pueden llevar a cabo las disposiciones de esta declaración:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del Paciente: _____

Testigo 1:

Firma: _____

Nombre: _____



AUTORIZACION PARA DISCUTIR INFORMACION MÉDIC

Declaración hecha _____ día de _____, _____,
(day) (month) (year)

Yo, _____, doy permiso a IMA Medical Group
a discutir mi información médica con:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Codico Postal: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Codico Postal: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Codico Postal: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Codico Postal: _____

Teléfono: _____

Signed: _____

Witness 1: Signed: _____

Name: _____

Witness 2:

Signed: _____

Name: _____



**AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF HEALTH INFORMATION
FROM OTHER HEALTHCARE FACILITIES**

Patient Name: _____ SS# _____
 Telephone: _____ DOB: _____/_____/_____
 Address: _____ City: _____ State: _____

Name of Healthcare Facility from which Records are Requested:			
_____		Ph: _____	Fax: _____
(Please Print)			
Address: _____	City: _____	State: _____	Zip: _____
Dates of Treatment Requested: _____		Reason for Disclosure: _____	

MAIL INFORMATION TO: **IMA MEDICAL GROUP**
6675 Westwood Blvd, Suite 475, Orlando, FL, 32821

Or FAX TO: **866-914-1818 Email: medicalrecords@inhealthmd.com**

I hereby authorize **IMA MEDICAL GROUP** to obtain the health information indicated below that is contained in my patient records to the recipient named above. I understand and acknowledge that this may include treatment for physical and mental illness, genetic testing information, alcohol/drug abuse, and or HIV/AIDS test results or diagnoses. This authorization does not include permission to release outpatient Psychotherapy Notes. The release of Psychotherapy Notes requires a separate authorization. Psychotherapy Notes are defined as notes that document private, joint, group, or family counseling sessions that are separated from the rest of a patient's medical record.

Check a Box

<input type="checkbox"/> Complete Record (Last 5 years)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiology Reports
<input type="checkbox"/> Laboratory Reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pathology Reports
<input type="checkbox"/> Other (Specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physical Therapy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SPECIFIC AUTHORIZATIONS

The Following Information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:

- Drug/ Alcohol Abuse or Treatment HIV/ AIDS Test Results or diagnoses Genetic Testing Information
- Psychotherapy Notes (The release of Psychotherapy Notes required a separate authorization)

This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. **This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below.**

Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, re-disclosure of your health care information by the Recipient may no longer be protected by law.

 Signature of Patient or Legal Representative Date Signed

Printed Name: _____ Relationship if not Patient: _____

**If other than the patient's signature, a copy of legal paperwork verifying the patient's personal representative MUST accompany the request (i.e. court appointed guardian, durable power of attorney for health care). For a deceased patient: A death certificate coupled with executor or administrator of estate paperwork must accompany authorization. Exception: parent signing for patient under the age of 18.

**For a deceased patient, a court entry or order appointing a fiduciary, executor, or administrator or letters of appointment received from Probate Court must accompany an authorization signed by the named individual. If the estate has not been probated, a death certificate is required coupled with the documents naming the administrator or executor of the estate.



Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

- ❖ En IMA Medical Group, siempre hemos mantenido su información de salud segura y confidencial. Una nueva ley nos obliga a seguir manteniendo su privacidad, a darle esta notificación y a seguir los términos de este aviso.
- ❖ La ley nos permite usar o revelar su información de salud a los involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su expediente por un médico especialista a quien podamos involucrar en su cuidado o en su médico de cabecera.
- ❖ Podemos usar o revelar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un informe de su progreso a su compañía de seguros.
- ❖ Podemos usar o revelar su información de salud para nuestras operaciones normales de salud. Por ejemplo, uno de nuestros empleados introducirá su información en nuestro ordenador.
- ❖ Podemos compartir su información médica con nuestros asociados de negocios, tales como el servicio de facturación. Tenemos un contrato por escrito con cada asociado de negocios que los requiere para proteger su privacidad
- ❖ Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted. Por ejemplo, podemos enviar boletines u otra información.
También es posible que queramos llamar y recordarle acerca de sus citas. Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que contesta el teléfono. En caso de emergencia, podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su cuidado.
- ❖ Podemos liberar parte o toda su información de salud cuando la ley lo requiera.
- ❖ Si se vende esta práctica, su información se convertirá en propiedad del nuevo propietario.
- ❖ Excepto como se describe anteriormente, esta práctica no usará ni divulgará su información médica sin su autorización previa por escrito.
- ❖ Usted puede solicitar por escrito que no usamos o divulgamos su información de salud como se describió anteriormente. Le informaremos si podemos satisfacer su petición
- ❖ Usted tiene el derecho de conocer cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales.
- ❖ Usted tiene el derecho de conocer cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales.
- ❖ Usted tiene el derecho de conocer cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales.
- ❖ Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso.
- ❖ Si cambiamos alguno de los detalles de este aviso, le notificaremos de los cambios por escrito.
- ❖ Usted puede presentar una queja ante el Departamento de salud y servicios humanos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, DC 20201. No se le tomará represalias por presentar una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para obtener más información o asistencia sobre su privacidad de información sobre la salud, por favor comuníquese con uno de los miembros del personal del IMA Medical Group al (407) 845-0330.

This notice goes into effect as of April 14, 2003.

RECONOCIMIENTO

He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad del grupo IMA Medical.

Nombre Impreso: _____ Date: _____

Firma: _____

Si firma como padre o guardián, por favor anote el nombre del paciente:



Política de NO SHOW

En un esfuerzo por servirle mejor a nuestros pacientes, requerimos un aviso de 24 horas de Cancelación, si usted no puede mantener su cita. Las cancelaciones del mismo día serán tratadas como ninguna un **“NO SHOW”**.

Yo, _____,
entiendo la importancia de mantener mi Cita y de estar de acuerdo en notificar a la oficina por lo menos 24 horas de antelación, si soy incapaz de mantenerla.

También entiendo que, si no doy el aviso previo requerido, se me cobrará una cuota de \$20,00 por cada “no show”.

Patient

Date

Witness

Date