



## POLÍTICAS DE OFICINA Y PERMISO DE COMUNICACIÓN

Por favor use letra de imprenta y complete todas las secciones a continuación

### POLÍTICAS DE OFICINA:

Debido a que estamos sujetos a las crecientes demandas de atención administrada, se ha hecho necesario modificar nuestras políticas de oficina. Nuestras políticas de oficina son los siguientes:

1. **No se dan resultados por teléfono.** Porque valoramos a nuestros pacientes y para darles la mejor atención posible, preferimos que nuestros pacientes hagan una cita de seguimiento para todos los resultados anormales. Esto es necesario para asegurar que los pacientes entiendan los resultados y para discutir el tratamiento más afondo y para hacer las pruebas de diagnóstico necesaria. Los resultados anormales no se pueden dar por teléfono.
2. **Regreso de llamadas telefónicas.** A medida que nuestros proveedores atienden numerosas cantidades de pacientes durante el día, es muy difícil para ellos regresar llamadas telefónicas durante las horas regulares. Le pedimos que usted nos permite 24 horas para regresarle su llamada telefónica con la excepción de las llamadas de emergencias. No cobramos por las llamadas telefónicas, ya que es una cortesía para nuestros pacientes. **Si está experimentando una situación amenazante de vida, por favor llame a la sala de emergencias para evaluación inmediata.**
3. **Si llega tarde.** Los pacientes que llegan tarde a su cita programada se les mas verán lo más antes posible. Sin embargo, si otro paciente con una cita programada llegar al mismo tiempo, se le verá primero.
4. **Hacemos Reclamación de seguro como un acuerdo contractual y como cortesía.** Sin embargo, si no recibimos el pago de la compañía de seguros dentro de los 90 días, se convierte en la responsabilidad del paciente, y el paciente se le cobrará.

### CORREO ELECTRÓNICO:

Nos gustaría permiso de usar su correo electrónico y / o su número de teléfono celular para proporcionarle confirmaciones de citas futuras, artículos educativos y cualquier otra información de la Metroplex Medical Centres.

Entiendo que la información anterior se mantiene como privado y confidencial, y doy permiso para que la Metroplex Medical Centres me mande correos electrónico y / o textos de celular según sea necesario.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

Yo he leído y entendido las políticas descritas anteriormente.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_