



Medical Center: 1831 North Fayetteville Street • Asheboro, NC 27203
Phone: 336-672-1300 / Fax: 336-672-3044

Dental Center: 308 Brewer Street • Asheboro, NC 27203
Phone: 336-610-7000 / Fax: 336-610-7003

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

ATRASOS/PÉRDIDA DE UNA CITA Si falta a una cita se retrasa su tratamiento planificado. Después de dos (2) citas perdidas, no se le ofrecerá otra hora para su cita. Usted puede visitar la oficina y esperar por un cupo disponible en el horario del doctor en caso de que haya uno disponible. No se dan garantías de que habrá un cupo disponible sin una cita programada de antemano. Si usted está más de 15 minutos atrasado, puede ser necesario que usted haga otra cita. Los pacientes para quienes MERCE Family Healthcare contrata un intérprete y paga honorarios por servicios de interpretación, debe dar un aviso de cancelación al menos 48 horas antes de la hora de la cita programada. Si no se cumple con este requisito, el paciente será responsable por el pago del total de los honorarios cobrados a MERCE Family Healthcare.

SERVICIOS DE RECORDATORIO DE CITA Entiendo que un empleado de MERCE Family Healthcare llamará 1-2 días antes de mi cita programada para confirmar la cita. Permiso que se deje un mensaje en la máquina contestador/buzón de voz o con un tercero, estableciendo la razón del llamado y la hora y la fecha de la cita.

PAGO POR SERVICIOS/SEGURO Entiendo que el pago por servicios debe ser al momento de la visita. Los descuentos están disponibles a través de un programa de honorarios móvil STAR si califico. Planes de pago también están disponibles. Entiendo que si califico para el programa, yo debo presentar mi tarjeta de descuento STAR en cada cita para poder obtener mi descuento. Entiendo que mi seguro de salud y/o dental (si existe) es un contrato entre mi aseguradora y yo, y no entre la aseguradora y MERCE Family Healthcare, por lo tanto, asumo toda la responsabilidad por el pago de todos los servicios que reciba sin importar los pagos que mi aseguradora pueda hacer.

TIPOS DE SERVICIOS DISPONIBLES

MÉDICO: Cuidados médicos totales para niños y adultos incluyendo exámenes de laboratorio e inyecciones. Los exámenes de laboratorio e inyecciones, cuando sean necesarios, tienen un cargo separado de la visita a la oficina.

DENTAL: Servicio dental básico para aliviar el dolor agudo y promover la higiene dental. Radiografías, empastes, extracciones y limpiezas pueden ser necesarias para proveer estos servicios dentales básicos. Los antibióticos pueden ser recetados antes que comience el servicio dental.

SERVICIOS FUERA DE MERCE FAMILY HEALTHCARE Si usted necesita servicios que no se ofrecen en MERCE Family Healthcare, se realizará una remisión a otro doctor o dentista que pueda proveer estos servicios con cargo a su costo. MERCE Family Healthcare no ofrece asistencia financiera por servicios provistos por otros centros.

DROGAS Y MEDICAMENTOS Entiendo que los antibióticos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas, las cuales pueden causar enrojecimiento, hinchazón del tejido, dolor, picazón, vómitos, y/o shock anafiláctico (reacción alérgica severa). Informaré inmediatamente a los doctores y/o dentistas si tengo problemas con algún medicamento recetado. Entiendo que no se me recetarán narcóticos crónicos para manejar el dolor, sin embargo, se me referirá a un cuidado de especialista si mi doctor o dentista lo estima necesario.

CENTROS MÉDICO/DENTAL El centro médico y el dental están ubicados en edificios separados.

El centro dental está ubicado en 308 Brewer Street, Asheboro, NC 336-610-7000

El centro médico está ubicado en 1831 N. Fayetteville Street, Asheboro, NC. 336-672-1300

Al firmar este documento, entiendo y estoy de acuerdo con las políticas y procedimientos de MERCE Family Healthcare y doy mi consentimiento general para tratamiento.

Por el presente documento solicito y autorizo a los doctores y dentistas que trabajan en MERCE Family Healthcare realizar cualquier procedimiento de diagnóstico indicado, tratamiento o cirugía dental basado en mis necesidades diagnosticadas y, la o las condiciones por las cuales busco cuidados médicos. Entiendo que puedo ser tratado por diferentes doctores y dentistas en diferentes citas.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma Tercero Responsable del Pago: _____ Fecha: _____

