



Gracias por escoger Vein Treatment Specialists, P.C., para su tratamiento. En seguida seran nuestras condiciones de servicio establecidas que se sigiran para resolver todos los servicios proveidos por nuestro doctor y sus empleados.

***CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO***

El paciente identificado por este document da consentimiento a examinaciones, tratamientos y procedimientos proveidos bajo del cuidado de Dr. Dupper, y sus empleados que pueden incluir examinaciones medicas, cirujias, o tratamiento especializado. Tambien encluyen ultrasonido de las venas, inyecciones de scleroterapia, tratamiento con laser superficial y / o administracion de anestesia local y anestesia de entretejidos bajo las instrucciones generals or especiales de el doctor o cirujano del paciente.

***PAGO PRIVADO***

Por Pacientes que no tienen seguro medico o escogen no usar el seguro medico, es requerido que los cobros por los servicios seran pagados antes de recibir tratamiento o que algun plan de pagos se a determinado. En todos casos, las cuentas por servicio seran resovildas dentro de (90) días. Cuentas que no se an pagado despues de (90) días se mandaran a una agencia privada de collecciones.

***ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO MEDICO***

Yo, el asignado, represento que si tengo seguro medico, yo autorizo a la compaia de mi seguro pagar y asignar directamente a Dr. Robert L. Dupper, M.D., P.C., d/b/a Vein Treatment Specialists, P.C. todos pagos o beneficios de cirujia y o beneficios medicos. **Yo entiendo que you soy responsable por todos los cobros y cuentas que no sean pagadas por** información necesaria para asegurar pago de beneficios.

Nuestra clinica no acepta seguro medico de otro país como pago. Estas cuentas seran consideradas como cuentas de pago privado.

***ASIGNIFICACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICARE Y AUTORIZACION DE TRANFERIR INFORMACIÓN.***

Yo cerifico que la información que e recibido con mi aplicacion bajo el Titulo XVIII de Acta de Seguro Social es correcta. Yo autorizo información que se transfiera como sea necesaria . Yo autorizo que mis beneficios sean asignadoS de mi parte. Yo entiendo que soy responsable por los cobros o costos que no seran pagados por Medicare.

Vein Treatment Specialists, PC acepta Medicare. Si usted tiene seguro supplemental, conforme con su plan, es posible que su plan puede cubrir los 20% de la cuenta que no paga Medicare. El paciente es responsable por las cuentas que no pagan los seguros incluyendo Medicare.

***PROPIEDA PERSONAL / ARTICULOS DE VALOR***

Yo entiendo que Vein Treatment Specialists, PC no es responsable por propiedad personal perdida or dañada en el premise. La propiedad incluye articulos como dinero, joyeria, documentos, ropa, denturas, partes prostetica(o)s, y/o otros articulos de valor excepcional que yo decida mantener en mi posecion durante de mi cuidado o tratamiento medico.



***CONSENTIMIENTO DE TOMAR FOTOGRAFÍAS OR GRABAR EN VIDEO***

Yo consiento a Vein Treatment Specialists, PC permiso de tomar fotografías de mi tratamiento y progreso medico o de procedimientos de cirugía. El paciente también da consentimiento de tomar fotografías en concurso a su tratamiento como paciente de esta clinica.

***OBLIGACIONES***

Yo entiendo que yo soy responsable a Vein Treatment Specialists, PC por todos los cobros para mis servicios o tratamientos que sean pagadas por otro pagador de acuerdo a las tasa y condiciones normales. Si mi cuenta no se a pagado dentro de 90 días de el día que recibí tratamiento por mi seguro medico o otros beneficios, yo estoy de acuerdo que yo soy responsable por la cuenta y todos los cobros y intereses asociados con la collección de mi cuenta. Si me cuenta se refiere a un abogado por collección, yo estoy de acuerdo que yo soy responsable por todos los costos incluidos o asociados que sean incurridos en cuentas que no se an pagado por mi o de parte de mi. Todas las cuentas de mi parte o asociadas a mi tratamiento que no se han pagado acumularan intereses de acuerdo a la tasa de interes que permita la ley.

***CANCELACIÓN DE CITAS***

Entiendo que yo soy responsable por notificar a Vein Treatment Specialists, PC, con 24 horas de anticipación de mi cita si no puedo atender la cita apartada de mi parte. Si no hay cancelación con suficiente anticipación, entiendo que posiblemente puede aber un cobro de cancelación de \$150.00.

***TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN***

Yo autorizo a Vein Treatment Specialists, PC de transferir información protegida por las guias y leyes de HIPPA segun las Practicas de Privacidad del Paciente . Vein Treatment Specialists, P.C. me a proveido una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad. Por mas informacion refeiera a Las Practicas de Privacidad proveidas por Vein Treatment Specialists, PC. Durante de su registración.

***SEVERABILIDAD***

Si cualquier o alguna de las condiciones de este documento se establece invalida segun o por una corte de ley. Todas la otras condiciones seran validas como si cualquier condicion que se ha determinado invalida no existió. Mi firma ensegida indica que yo e recibido una copías de este documento y acepto las condiciones.

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma