



Acuerdo Paciente -Profesional

- El **Formulario de Historial Homeopático - Paciente nuevo** deberá imprimirse y completarse antes de la primera cita y deberá ser traído a la primera visita en persona o ser enviado por correo electrónico si la cita estuviese programada por teléfono o en línea.
- Los **Formularios de la Política de mi Práctica (Acuerdo Paciente- Profesional, Reconocimiento y Consentimiento para recibir Servicios Homeopáticos, Declaración de Divulgación Profesional y Autorización para Divulgar Información Médica Personal y Protegida)** deberán imprimirse, firmarse y ser traídos a la primera cita o enviados por correo electrónico ANTES de la primera cita.
- Una llamada telefónica después de 15 minutos, y cada 15 minutos, tendrá un cargo fijo. El monto total a abonar dependerá del tiempo programado de antemano para la consulta.

• Ejemplos

Si se programó una consulta de 45 minutos y ésta tuvo una duración de 35 minutos, el monto a abonar corresponderá a los 45 minutos previamente programados.

Si se programó una consulta de 30 minutos y ese tiempo no fué suficiente, se deberá programar otra consulta cuyo importe a abonar dependerá del tiempo extra programado.

El precio de las consultas web será el mismo que el de las consultas presenciales. El importe a abonar variará según el tipo de cita: Nuevo Paciente - Adulto - Nuevo Paciente - Lactantes y Niños (hasta 12 años) - Consulta de Seguimiento o Consulta Aguda.

Usted será responsable de abonar la tarifa de la sesión en el momento de su cita.

Una cita programada será cancelable hasta 24 horas antes de la visita programada.

Toda la información compartida es absolutamente confidencial y no será revelada a nadie más, excepto cuando la ley exija su revelación.

Si solicita compartir su información confidencial, deberá autorizar la divulgación completando y firmando el formulario de Autorización para la Divulgación de información de salud personal y protegida.



Acuerdo Paciente -Profesional

Yo, el abajo firmante, admito haber leído el Acuerdo Paciente-Profesional y acepto cumplir con las pautas mencionadas anteriormente.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nota: Nota: Varios estados de los EE. UU., Incluido California, han adoptado una legislación que permite a los profesionales de la salud complementarios y alternativos, sin licencia, la libertad de ejercer como profesionales de la salud complementarios o alternativos, siempre que revelen su formación y antecedentes.