



Millennium Medical Care Reston
1800 Town Center Dr, #220
Reston, VA 20190
703-440-7000
703-440-7999 (Fax)

Nombre _____

Fecha: ____/____/____

AVISO HIPAA

Sí, he revisado la copia de las Regulaciones de Privacidad del Paciente de Millennium Medical Corp (HIPAA).

Inicial

LA PÓLIZA DE CANCELACIÓN, NO PRESENTACIÓN Y REGISTROS

Lo siguiente es nuestra póliza sobre cancelaciones y ausentes.

*** Requerimos 24 horas de antelación en caso de cancelación

*** Hay un cargo de \$50.00 por una cancelación sin aviso apropiado para las citas de la semana y \$75.00 cargo para las citas de fin de semana. Este cargo no será cubierto por el seguro, y tendrá que ser pagado por usted personalmente.

Cuando un paciente no aparece como programado, tres personas están heridas. Usted, porque usted no consigue el tratamiento médico que usted necesita; el doctor, que ahora tiene un espacio en su horario desde que el tiempo fue reservado para usted; y el otro paciente, que podría haber sido programado para el tratamiento si había sido aviso apropiado.

Yo, _____ entiendo que habrá un precio para la liberación de estos archivos. (15.00\$ para copiar más 0.50\$ por página para primeras 50 páginas, luego 0.25\$ para las páginas restantes)

*** Por favor tenga en cuenta que hasta que todos los saldos de las cuentas, incluida la tarifa por la liberación de registros son pagados, registros médicos no será liberado.

Firma del Paciente

____/____/____
Fecha