

DAVID G. DIAZ, M.D., Inc.
ACUERDO FINANCIERO Y DE PRIVACIDAD

Gracias por elegir West Coast Fertility Centers para su tratamiento especializado.
Para asegurar la confidencialidad, solo le reportamos los resultados de las pruebas a usted o a su designado/a.

Por favor, denos instrucciones sobre cómo le gustaría recibir los resultados de las pruebas.

Teléfono de casa del paciente _____

Telf. Celular _____

Teléfono de casa de la pareja _____

Telf. Celular _____

LOS RESULTADOS Y RECOMENDACIONES PUEDEN SER REPORTADAS A:

AMBOS MIEMBROS DE LA PAREJA **SÍ** **NO**

En caso negativo, indique el nombre y los números de teléfono de la persona que desea que reciba los resultados de las pruebas.

Nombre	Teléfono de casa	Teléfono celular
---------------	-------------------------	-------------------------

¿Tiene alguna Instrucción Anticipada? **Sí** **No**

En caso afirmativo, por favor, proporcione una copia a nuestra oficina. West Coast Fertility Centers **respetará** las Instrucciones Anticipadas de la elección del paciente.

ACUERDO FINANCIERO: Autorizo a David G. Diaz, MD, Inc. y al personal a llevar a cabo las recomendaciones de las pruebas y el tratamiento. Entiendo que puedo hacer preguntas acerca de mis pruebas, tratamiento, riesgos, complicaciones y las opciones de tratamiento.

Acepto toda la responsabilidad por el pago de los servicios que me son prestados y estoy de acuerdo en pagar por ellos en su totalidad EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado con la oficina. Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de todos y cada uno de los gastos ocasionados por los servicios prestados. Si se requiere cirugía, autorizo cualquier pago de beneficios médicos a DGD MD Inc. Entiendo que cualquier pago pendiente, independientemente del pago de seguro, es mi responsabilidad. Una fotocopia de esta firma es tan válida como el original. También autorizo al médico a divulgar cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones del seguro.

He recibido una copia de los derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente	Nombre Impreso	Fecha
---------------------------	-----------------------	--------------

Firma de la pareja	Nombre Impreso	Fecha
---------------------------	-----------------------	--------------