

Fresno

Gastroenterology

A Member of Community Foundation Medical Group
& Part of Santé Health Foundation

7095 N Chestnut Ave #101

Fresno, CA 93720

Ph. 559-323-8200

Fax: 559-323-9200

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Yo Presente reconozco que revise una copia del aviso de prácticas de privacidad de la práctica médica. Además, reconozco que una copia del aviso actual estará disponible en el área de recepción, y que puedo pedir una copia de este o cualquier modificado aviso de privacidad en cada cita.

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____ Teléfono: _____

Si no está firmado por el paciente, indicar relación::

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Guardián o tutor de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente difunto

Nombre del paciente: _____

Política de cancelación

Efectivo 01 de octubre de 2010

Como cortesía a otros pacientes, por favor notifíquenos si usted no puede asistir a su cita.

Se le puede cobrar un cargo por cancelación de \$75.00 si no cancela dentro de 2 días de un procedimiento relacionado con su cita y \$50.00 para una cita de oficina. Su aseguranza no puede cubrir esta cuota.

Firmado: _____ Fecha: _____

Raza: Asiático/A Asia Pacífico /F Afroamericano /B Caucásica /C
Hispana /H Alaska/I Nativos Americanos /G Otro/E

Origen étnico: Latino/Hispanic/L Otro/O No reportado/rechazado /N

Idioma: _____