

**PATIENT INFORMED CONSENT FOR FEES and SERVICES**  
(Please read carefully)

I, \_\_\_\_\_, hereby agree to the following conditions for rendering services in FAMILY CARE PLUS CLINIC and its facilities.

- We try our best to get you out as quickly as possible, but we cannot guarantee a specific wait time. The wait time may vary due to the variety of reasons. Walk-in patient may experience longer wait if there is a high volume of patients ahead of them.
- We will try to address more than one problem in one office visit, but please understand often times more than one office visit is required to address all your medical problems.
- You are welcome to ask for your favorite provider. We do our best to comply with your request, but we cannot guarantee that you will be seen by them.
- **By law we must collect your copay.** If you have any issue, please contact your insurance company. They set the rules.
- If you do any lab during your visit and the results are within the normal range, we will mail your results. You may access your lab results by setting up a portal to access your medical records. For abnormal labs you must make a follow-up appointment to discuss the results and potential treatments. **Please do not ask for a phone consult since it is a poor substitute for an office visit and leads to poor patient care.**
- We will fax your lab results free of charge to other medical offices, but a **\$2.00 fee** will be required if you need a personal copy of the lab. You may access your lab results by setting up a portal to access your records if your labs are normal. See the front-desk for information on how to setup a portal on your smart phone or PC. If your labs are abnormal, please make an appointment to discuss them with a provider. .
- We will fax your medical records free of charge to other medical offices, but a **minimum of \$25.00 fee** will be required if you need a personal copy of the medical records.

I have read, and fully understand, the fees and conditions associated with my office visit, as stated above.

Print Patient/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## **Información para el paciente del consentimiento De honorarios y servicios**

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con las siguientes condiciones por los servicios brindados por la Clínica Familia Care Plus.

1. Nosotros tratamos de atenderlo lo más rápido posible pero no podemos garantizarle un tiempo de espera específico. El tiempo de espera puede variar para cada paciente por diferentes razones. Los pacientes que no tienen cita previa podrían experimentar un tiempo mas largo de espera.
2. Nosotros intentaremos tratar mas de un problema medico por visita, pero por favor entienda que algunas veces es necesario mas de una visita par poder ayudarle con todos sus problemas de salud.
3. Usted puede solicitar su proveedor de salud de preferencia, nosotros haremos lo posible por cumplir su petición, pero no podemos garantizarle que será visto por ellos.
4. Por ley, tenemos que recolectar su copago si Usted tiene alguna queja con respecto a esto póngase en contacto con su aseguranza. Ya que ellos son los que ponen las reglas.
5. Si usted ha hecho exámenes de laboratorio estas son las alternativas para obtener sus resultados-
  - si los exámenes están dentro del rango normal, nosotros le mandaremos una tarjeta con sus resultados por correo.
  - Otra opción es registrarse en el portal Care360 con anticipación y podrá recibir sus resultados electrónicamente en su celular o computadora tan pronto estén disponibles.
  - Si los resultados son anormales por favor haga una cita para analizar los resultados y los posibles tratamientos a seguir

Por favor no pide los resultados por teléfono ya que este es un pobre sustituto a una visita al consultorio y conduce a una mala atención médica para el paciente.

6. Nosotros podemos mandar por fax sus resultados a otra oficina medica de forma gratuita, pero si usted desea una copia de sus exámenes para usted cuestan \$2.00 para imprimir una copia.
7. Si usted solicita que mandemos sus registros médicos a otro consultorio medico, estos serán enviados de forma gratuita por fax. Pero si usted necesita una copia personal de registros médicos el pago mínimo es de \$25.00 que será requerido antes de preparar las copias.

Yo he leído y entiendo completamente las cuotas y condiciones asociadas con mi visita médica como se indico anteriormente.

Nombre de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_