

Rappahannock Neurology Specialists

1101 Sam Perry Blvd. Suite 414 ♦ Fredericksburg, VA 22401 ♦ Tel (540) 899-1354 ♦ FAX (540) 899-1359

Autorización para dejar información de salud personal

Authorization to Leave Personal Health Information

Sírvase indicar si nosotros, los médicos y el personal de Rappahannock Neurology Specialists, podemos dejar un mensaje con los resultados de análisis o respuestas a preguntas cuando usted no esté disponible.

Autorizo a dejar mensajes que puedan incluir resultados de análisis, nombres de medicamentos o información

con respecto a mi tratamiento en: Constestadora del hogar: Sí No Número: _____

Correo de voz del teléfono celular: Sí No Número: _____

Con un miembro de la familia: No Sí: Nombre: _____

Política para la repetición de recetas

- Las repeticiones de recetas se procesan de lunes a viernes (9:00 a.m. a 4:00 p.m.).
- Considere un plazo de 48 horas para el procesamiento.
- No se repetirán recetas los sábados, domingos o feriados.
- Nuevos problemas o síntomas requieren una cita en la clínica.
- La solicitud de medicamentos para sustancias controladas requiere una cita en la clínica.
- Si tiene una receta para una sustancia controlada de otro consultorio, nosotros no repetiremos el medicamento.
- Las recetas para sustancias controladas/narcóticos requieren una cita de seguimiento todos los meses.
- No se autorizarán repeticiones antes de tiempo si los medicamentos se utilizan en exceso.

Citas omitidas

Se cobrará un cargo de \$40 por toda cita a la que no se acuda ni se cancele o re programe dentro de las 24 horas.

Tarifa por completar formularios y copia de registros

Hay una tarifa de \$30 por completar formularios, lo que podrá demorar hasta 1 semana. Los ejemplos incluyen: FMLA, Seguro por incapacidad a corto y largo plazo.

Tarifa por copia de registros: Se cobrará una tarifa de \$10.00 de búsqueda y recuperación MÁS \$0.50 por página hasta un máximo de 50 páginas y \$0.25 por página de allí en adelante.

Entiendo y acepto las políticas enumeradas anteriormente.

Firma del paciente: _____

Patient Signature

Fecha: _____

Date

Nombre del paciente: _____

Patient Name