

Integrative Medical Center of New Mexico, PC
Burton M. Berkson, MD, PhD. & Arthur J. Berkson, MD
1155 Commerce Dr. Ste C, Las Cruces, NM 88011

La filosofía de Integrative Medical Center es que la buena salud es avanzada a través de auto-conciencia, dieta saludable, ejercicio moderado y un estilo de vida saludable.

Yo, _____, entiendo que el Dr. Berkson es un médico basado en su consultorio que hace todo esfuerzo para mantener a el paciente saludable. Basado en consultorio es definido como médico cuya práctica se lleva acabo exclusivamente en el ámbito clínico.

Yo entiendo que el *Dr. Arthur Berkson* proporciona atención primaria a los adultos locales, así como las consultas médicas integradoras. Si sus pacientes de atención primaria requieren hospitalización el usara los servicios de los especialistas en cualquiera de los dos hospitales locales. Si estoy bajo el cuidado del *Dr. Burt Berkson*, yo entiendo que también **debo tener un doctor de cabecera**. Si no tengo debido doctor, el Dr. Berkson sugerirá uno y si hospitalización es necesaria, Dr. Berkson me referirá al hospital para admitirme.

Yo entiendo que la práctica del Dr. Berkson es basada en la cooperación del el doctor y el paciente en un mismo esfuerzo para promover buena salud. **Los resultados se basan parcialmente en la respuesta individual del paciente y el cumplimiento del programa.**

Yo entiendo que en caso de una emergencia médica, debo llamar al 911 o ir de inmediato a la sala de emergencia. Para todos los temas de no emergencia el Dr. Berkson hará todo esfuerzo razonable para verme en su oficina dentro de 24 horas después de su llamada echa dentro de las horas hábiles.

Yo entiendo que mi información médica personal es confidencial y solo será utilizada para mi tratamiento, pago, y operaciones de atención médica. Toda mi información personal medica esta protegida por las regulaciones de HIPPA.

Datos pudieran ser usados anónimamente como parte de un estudio publicado: _____ *favor de firmar sus iniciales.*

Yo entiendo que recetas serán llenadas durante horas hábiles. **(Es recomendado que llame para renovar su receta cuando le quede solo una semana del medicamento.)**

Yo entiendo que IMC me ayudará a procesar mi demanda de seguro y el pago se espera a la hora de su visita.

Yo entiendo que el tratamiento intravenoso no lo cubre ningún seguro y no serán facturados a mi compañía de seguros. _____ *Favor de firmar sus iniciales.*

Yo aún más entendiendo que Medicare y otros seguros posiblemente NO cubrirán algunos tratamientos durante una visita médica a la oficina. Yo entiendo que hay una multa de \$50 por las citas canceladas sin avisar por lo menos 24 horas antes. Costos de los artículos no cubiertos es disponible a su petición y antes de cualquier tratamiento dado.

Yo, el que suscribe, reconozco que el proveedor no puede aceptar responsabilidad por recolectar ninguna reclamación de seguro o negociación de un acuerdo sobre una reclamación de disputa.

Yo por mi firma debajo, he sido informado que CUALQUIER SUPLEMENTO u otro medicamento comprado en la oficina NO será cubierto por mi seguro o Medicare.

Yo entiendo que "Visita Inicial" significa los primeros 45 minutos de mi visita. En cualquier momento más allá de los 45 minutos de mi visita inicial serán facturados.

Por mi firma, yo reconozco haber leído, o que me hayan leído el contenido de esta forma y acepto las condiciones y restricciones anotadas aquí.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____