*Nombre del centro*

## Exención del Paciente: Estimulación eléctrica y tracción mecánica sin supervisión

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su seguro no paga por todos los costos de su atención de salud. Algunos artículos y servicios no se consideran "beneficios cubiertos” por su plan de seguro de salud y, por lo tanto, su seguro no pagará por estos servicios.

Su médico considera que los siguientes servicios son una parte importante de su atención quiropráctica y recomienda que reciba estos servicios como parte de su plan de tratamiento actual. **Sin embargo, su seguro médico no cubre los servicios listados aquí.**

Si decide recibir estos servicios, tendrá que abonarlos usted en su totalidad. El propósito de este aviso es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si quiere o no recibir estos servicios.

Los servicios que recomendó su médico se indican a continuación:

Estimulación eléctrica (sin supervisión), 97014 $\_\_\_\_\_\_\_\_

Tracción mecánica, 97012 $\_\_\_\_\_\_\_\_

Reconozco que se me ha informado antes de recibir estos servicios y que estos no están cubiertos por mi plan de seguro de salud. Elegí recibir estos servicios y entiendo que seré financieramente responsable de los cargos mencionados anteriormente.

Nombre del paciente en letra de imprenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

           Firma del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal (si corresponde)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal (si corresponde)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El paciente o el tutor legal deben firmar este formulario ANTES de recibir servicios no cubiertos y se debe guardar el formulario *original firmado en el historial médico del paciente.* (Debe entregarse al paciente una copia firmada de esta exención).