

Michelle G. Ashley, M.D.
12304 Santa Monica Blvd., Suite 213
Los Angeles, CA 90025
(310)582-5223

Consentimiento Del Paciente Para El Tratamiento y La Evaluacion

Por favor lea este documento antes de recibir tratamiento psiquiatrico.

La primera cita es una consultacion. Toda la informacion suya sea en confidencia, a menos que usted autoriza la divulgacion, o la ley o normas profesionales permitan divulgacion. En particular, su derecha de confidencia no se la puede mantener si usted es un peligro para si mismo o alguien mas. Tambien, cualquier medico tiene la obligacion de denunciar violencia domestica, abuso fisico o abuso psicologicamente de nino o de persona mayor al agencia designada.

Tiene que pagar en el momento de la cita. Se presento una factura que puede presentar al seguro medico. Michelle G. Ashley, M.D. no es responsable por reclamaciones de negociacion para las companias de seguros medicos. Usted es responsable por el pago independientemente del estado de su reclamación

Atencion Por pacientes elegibles por Medicare: Dr. Ashley no es un proveedor de Medicare y su servicio no es elegible por reembolso de Medicare. Ella no participa en Medicare. Por ley, pacientes elegibles por Medicare estan obligados a firmar un contrato privado con Dr. Ashley y la atencion medico es una cuota por servicio, que NO es reembolsable por Medicare. Al aceptar este contrato del tratamiento con Dr. Ashley usted se compromete a no presentar una reclamacion al Medigar y no pida ella a presentar una reclamacion, incluso si los servicios de otro modo estarian cubiertos por Medicare. Este contrato privado es solo con Dr. Ashley. Usted todavia puede obtener servicios de Medicare por otros proveedores de Medicare.

Si usted tiene que cancelar la cita, hay que hacerlo 24 horas antes de la cita o usted tendria que pagar por la cita. Si otra persona estan pagando las citas, esta persona tendria que pagar por las citas que no estaban canceladas 24 horas antes de la cita. Hay un cargo por cheque devuelto por \$20.00.

Si el pago no se recibe en 90 días de servicio su cuenta será entregado a una agencia de cobros.

Aunque hay otros medicos, psicologos y terapistas que utilizan esta oficina, Michelle G. Ashley, M.D. solo trabaja por si misma no con otros practicantes.

Yo autorizo y solicito Michelle G. Ashley, M.D. a hacer examines, procedimientos, y tratamientos psiquiatricos. Entiendo que el tratamiento es disenado para ser util pero no es garantia de resultados.

Su firma indica que usted ha leído y entendido este consentimiento.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Persona Responsable por paciente: _____ Fecha: _____