Gastroenterology of Greater Orlando

Board Certified in Gastroenterology

BIOFEEDBACK CHECKOUT FORM

Proveedor: _____ **Programado por:** _____

Terapia de biorretroalimentación:

Tratamiento #1: _____ Hora: _____ Ubicación: _____
Tratamiento #2: _____ Hora: _____ Ubicación: _____
Tratamiento #3: _____ Hora: _____ Ubicación: _____
Tratamiento #4: _____ Hora: _____ Ubicación: _____
Tratamiento #5: _____ Hora: _____ Ubicación: _____
Tratamiento #6: _____ Hora: _____ Ubicación: _____

Manometría Anorrectal Fecha y Hora: _____

	OFFICE	ADDRESS	PHONE #
	ORANGE CITY	2884 Wellness Avenue, Suite 100 | Orange City, FL	386-668-2221
	LAKE MARY	835 Currency Circle, Suite 1001 | Lake Mary, FL	407-749-6656
	DELAND	929 N Spring Garden Ave, Suite 150 | DeLand, FL	386-339-2692

Fecha y Hora de Seguimiento: _____ **Proveedor:** _____

	OFFICE	ADDRESS	PHONE #
	ORANGE CITY	2884 Wellness Avenue, Suite 100 | Orange City, FL	386-668-2221
	LAKE MARY	835 Currency Circle, Suite 1001 | Lake Mary, FL	407-749-6656
	DELAND	929 N Spring Garden Ave, Suite 150 | DeLand, FL	386-339-2692

CARGOS DE CANCELACIÓNES

Entiendo que la cita perdida o cancelada está sujeta a los siguientes cargos:

Centro quirúrgico o Procedimientos hospitalario menos de 72 horas de anticipación…….... Cargo $75
Procedimientos adentro de la oficina medica 24 horas de anticipación…… Cargo $50
Visita a la oficina medica con menos de 24 horas de anticipación …… Cargo $25

Además, entiendo que la cita perdida o la cita cancelada sin el aviso requerido puede resultar en una tarifa cobrada por el centro quirúrgico, hospital u/e otra instalación correspondiente. Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos por cualquier motivo (consulte con el personal de su oficina para conocer los cargos específicos que se cobran). La falta de reparación del cheque devuelto puede resultar en una acción legal. Además, es posible que se cobre una tarifa por completar formularios (verifique con el personal de su consultorio las tarifas específicas que se cobran) y por copiar registros médicos de acuerdo con las leyes estatales.

_____	_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Firma	Fecha de Hoy

Por favor llame a la oficina si tiene alguna pregunta o inquietud.