



**C.A.I.**  
**A Cardiovascular & Arrhythmia Institute**

---

**Póliza y Procedimientos de CAI (Continuación...)**

**ESTIMADOS PARA LOS TRATAMIENTOS:**

Las consultas de los pacientes nuevos llevan más tiempo que las consultas de los pacientes que regresan, por lo tanto, los cargos generalmente son más elevados. No dude en consultar nuestras tarifas en la oficina cuando lo necesite. Además, es posible que deban realizarse otros exámenes y debido a esto es posible que el costo final sea superior al original.

**CAMBIOS DE DIRECCION Y SEGURO:**

Manténganos informados sobre los cambios de su información.

**ACUERDO DE INTEGRIDAD:**

Ambas partes desean tener un método para resolver situaciones de incomodidad, malentendidos o conflictos. En caso de que se presente esta situación antes mencionada favor de informarnos rápidamente en privado. Aceptamos resolver estas cuestiones mediante los procedimientos de comunicación, mediación, arbitraje establecidos en la última edición del Acuerdo de Integridad de Formularios Legales (Law Forms Integrity Agreement). (Esto no le impide de ninguna manera buscar asesoramiento legal).

**NECESIDADES ESPECIALES:**

Estamos aquí para ayudarle. Si usted tiene necesidades especiales o circunstancias que pueden requerir un plan de pago, por favor siéntase libre de hablar de esto con nosotros lo antes posible.

**CANCELACIÓN DE CITAS:**

**iniciales** \_\_\_\_\_

Se requiere un aviso de 24 horas antes de todas las citas programadas. Toda cita que no se cancele en un plazo de 24 horas estará sujeta a un cargo por cancelación.

Gracias por tomarse el tiempo para leer esta póliza y procedimientos de declaración. Esperamos que responda a cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a las pólizas financieras del Instituto.

**DECLARACION DEL PACIENTE:**

He leído y entendido esta declaración pólizas. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos incurridos y autorizo a mi compañía de seguros para pagar los beneficios a CAI. Todas mis preguntas e inquietudes han sido contestadas.

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_  
**(Paciente o Representante)**

**Fecha:** \_\_\_\_\_