

POLITICAS DE ATENCION

Por favor, lea atentamente las siguientes indicaciones y si tiene alguna duda al respecto no dude en consultarnos. Firme el documento en la línea si está de acuerdo y acepta las políticas de atención que a continuación se indican:

Políticas de Pago:

Pacífico Rim Centro de Salud Natural no trabaja con isapres ni bonos. La atención es particular. Se extiende una boleta de honorarios al paciente para efectos de impuestos y reembolsos. Aceptamos efectivo y cheques (no se aceptan transferencias bancarias).

Valores:

La primera consulta tiene un valor de \$30.000. Esto incluye, examen físico, diagnóstico quiropráctico y tratamiento. El valor de las sesiones siguientes es de \$25.000. Para mayor información con respecto a los valores de nuestros programas de tratamiento especiales, favor de referirse a nuestra página web, www.pacificrimchiro.com

Cambios de Cita: Nosotros comprendemos que por motivos de fuerza mayor a veces no es posible asistir a una sesión. Si esto sucede, contáctenos lo antes posible para cambiar la hora y poder otorgar la cita a otro paciente. Si no nos notifica con anticipación, deberá cancelar la mitad del valor de la sesión perdida en la siguiente visita.

Su número de teléfono: Favor avisarnos en el caso de que su dirección o número telefónico se modifiquen.

Teléfonos celulares: Se ruega apagar los aparatos celulares antes de comenzar la sesión.

Nuestro objetivo es brindar a nuestros pacientes el más alto nivel de especialización, efectividad y eficiencia posible en nuestra atención. Siéntase libre de hacer todas las preguntas que pueda tener relacionadas con la quiropráctica, tratamiento, etc.

Yo cómo paciente de Pacífico Rim Centro de Salud, tomo conocimiento y estoy de acuerdo con lo anterior. Además, autorizo a mi Quiropráctico a realizar los procedimientos terapéuticos, examen físico, diagnóstico quiropráctico y tratamiento manipulativo posterior, procedimientos de los que he sido debidamente informado/a por parte de mi terapeuta.

Nombre del paciente: _____ RUT: _____

Firma: _____ Fecha _____

Firma del Quiropráctico Tratante _____