



## **THE WAY FAMILY CLINIC, LLC**

### **ACUERDO DE PACIENTE**

Este Acuerdo de Paciente (Acuerdo) es entre The Way Family Clinic, LLC (Clínica, Nosotros), y \_\_\_\_\_(Paciente o encargado, o Usted).

#### **Trasfondo**

La Clínica, con base en Coamo, PR pero cuyos servicios se ofrecen de manera presencial en el Gogo Pediatric Institute, ubicado en 1123 Avenida Hostos, Ponce, PR 00716 proporciona atención primaria continua a sus pacientes/miembros en un modelo de cuidado por pago directo (DPC). A cambio de ciertas tarifas periódicas, la Clínica se compromete a proporcionar los Servicios descritos en este Acuerdo bajo los términos y condiciones contenidos en él. La Clínica principalmente ofrece sus servicios en las facilidades de GoGo Pediatric Institute (Ponce, PR), Centro Mam (Carolina, PR), visitas al hogar y por telemedicina.

#### **Definiciones**

- 1. Servicios.** En este Acuerdo, "Servicios" se refiere a la recopilación de servicios, médicos y no médicos, que se describen en el Apéndice A (adjunto e incorporado para referencia), que aceptamos proporcionarle bajo los términos y condiciones de este Acuerdo.
- 2. Paciente.** En este Acuerdo, "Paciente", "Miembro", "Usted" o "Suyo" se refiere a las personas para las que la Clínica proporcionará atención, que han firmado este Acuerdo, y/o cuyos nombres aparecen en el Formulario de Inscripción del Paciente (adjunto como Apéndice B e incorporado para referencia).

#### **Acuerdo**

- 1. Plazo.** Este Acuerdo tendrá una duración de un año, comenzando en la fecha en que sea plenamente ejecutado por las partes. Ninguna relación médico/paciente está intencionada o existirá hasta que este Acuerdo sea plenamente ejecutado por las partes.
- 2. Renovación.** El Acuerdo se renovará automáticamente cada año en la fecha de aniversario del Acuerdo a menos que cualquiera de las partes cancele el Acuerdo mediante un aviso por escrito 30 días previo a la fecha de cancelación.
- 3. Terminación.** Cualquiera de las partes puede cancelar este Acuerdo en cualquier momento mediante una notificación por escrito a la otra parte 30 días previo de la intención de cancelar.
  - A.** La terminación de servicios previo a tres (3) meses de membresía tendrá una penalidad de cancelación correspondiente al costo de

membresía pendiente para cumplir tres meses de membresía. La cancelación será efectiva 30 días después de su notificación de solicitud de cancelación de servicios.

- B. La terminación de servicios pasados tres (3) meses de membresía no tendrá costos de penalidad por cancelación de servicios y la cancelación será efectiva 30 días después de su notificación de solicitud de cancelación de servicios.

#### **4. Pagos y Reembolsos – Importes y Métodos.**

- A. A cambio de los Servicios descritos en el Apéndice A, usted acepta pagar una cuota mensual periódica (o Cuota de Membresía) en el monto que aparece en el Apéndice C, que se adjunta e incorpora para referencia;
- B. Tras la ejecución de este Acuerdo, el Paciente pagará una Tarifa de Inscripción única, no reembolsable, en la cantidad descrita en el Apéndice C.
- C. La Cuota de Membresía se pagará retroactivamente, adeudada el \_\_\_\_\_ día de cada mes;
- D. Las Partes acuerdan que el método de pago requerido será mediante pago automático a través de una tarjeta de crédito/débito.

**5. Cancelación de citas programadas.** El paciente es responsable de notificar con un mínimo de 24 horas sobre la cancelación de citas programadas. De no recibir una notificación de cancelación de su cita (por medio de contacto directo con la oficina médica, mensaje de voz, mensaje de texto, correo electrónico o portal del paciente) se le añadirá un cargo de \$15.00 por cita por falta de notificación de cancelación.

**6. Ausencias a citas programadas.** De no asistir a sus citas programadas el paciente incurrirá en un cargo de \$15.00 por cada ausencia. En el caso que el paciente se ausente a sus citas programadas en tres ocasiones consecutivas será dado de baja de los servicios e incurrirá en la penalidad de terminación de servicios aplicable según el inciso 3. El paciente será orientado sobre alternativas de servicios de salud para asegurar la continuidad de su cuidado.

**7. Pagos en atraso.** Las cuentas en atraso incurrirán en un cargo de \$15 adicionales al cargo de la membresía por cada mes en atraso. En el caso que usted tenga dos pagos de su membresía en atraso los servicios de cuidado primario aquí descritos quedarán discontinuados hasta que la cuenta ya no esté en atraso.

**8. Reinscripción.** Luego de incurrir en una terminación voluntaria o por pago en atraso, para reactivar los servicios, se pedirá un monto equivalente a tres meses de membresía en adición al saldo de los pagos pendientes de ser aplicables.

**9. No Participación en Seguros.** El Paciente entiende que la Clínica no participa en ningún seguro de salud, planes HMO o cualquier otro pagador de salud, y

que está excluida voluntariamente de Medicare. Como tal, ni el Paciente ni la Clínica pueden solicitar reembolso de terceros pagadores por los servicios proporcionados al Paciente que están incluidos en este Acuerdo. Del mismo modo, la Clínica no puede proporcionar a los Pacientes recibos o superfacturas por servicios individuales distintos de los que no están incluidos en el Acuerdo y se pagan a modo de pago por servicio.

**10. Medicare.** El Paciente entiende que la Clínica y el personal optaron por no participar en Medicare. En consecuencia, tanto la Clínica como el Paciente tienen prohibido por ley solicitar el reembolso de Medicare por cualquiera de los Servicios incluidos y proporcionados en virtud de este Acuerdo. Las partes acuerdan no intentar obtener el reembolso de Medicare por los servicios proporcionados por la Clínica. Si el Paciente es elegible para Medicare o se convierte en elegible durante la vigencia de este Acuerdo, acepta notificar a la Clínica inmediatamente y firmar el Contrato Privado de Medicare proporcionado por la Clínica según lo exige la ley.

**11. Este Acuerdo no es un Seguro de Salud.** El Paciente reconoce que la Clínica ha aconsejado, y el Paciente entiende, que este Acuerdo no es un plan de seguro o un sustituto para el seguro de salud y no incluye servicios hospitalarios, tratamiento de sala de emergencias, o cualquier servicio comprado y / o aquellos no proporcionados personalmente por la Clínica o su personal. Este Acuerdo incluye únicamente los Servicios identificados en el Anejo A. Si un Servicio no aparece específicamente en el Apéndice A, no se incluye en este Acuerdo. En consecuencia, el Paciente reconoce que la Clínica le ha aconsejado obtener, o continuar en plena vigencia, un seguro que cubrirá los servicios de salud que no están incluidos en este Acuerdo.

**12. Comunicaciones.** La Clínica se esfuerza por proporcionar a nuestros pacientes la comodidad de una amplia variedad de opciones de comunicación electrónica. Aunque tenemos cuidado de cumplir con los requisitos de confidencialidad del paciente y hacer todo lo posible para proteger Su privacidad, las comunicaciones por correo electrónico, fax, video chat, teléfono celular, mensajes de texto y otros medios electrónicos nunca pueden garantizarse como métodos de comunicación 100% seguros o confidenciales. Al colocar sus iniciales al final de esta Cláusula, Usted indica Su comprensión y reconocimiento de lo anterior. Usted acepta que al iniciar o participar en los medios de comunicación anteriores, renuncia expresamente a cualquier garantía de absoluta confidencialidad con respecto a su uso. Usted entiende además que la participación en los medios de comunicación anteriores no es una condición de pertenencia a esta Clínica, que no está obligado a rubricar esta Cláusula; y que usted tiene la opción de rechazar cualquier medio particular de comunicación.

\_\_\_\_\_ (Inicial)

**13. Uso de correo electrónico y texto.** Al proporcionar una dirección de correo electrónico en el Apéndice B adjunto, el Paciente autoriza a la Clínica y a su personal a comunicarse con él /ella por correo electrónico con respecto a la

"información médica protegida" (PHI<sup>1</sup>) del Paciente. Al proporcionar un número de teléfono celular en el Apéndice B y marcar la casilla "SÍ" en la pregunta de consentimiento correspondiente, el Paciente autoriza la comunicación por medio de mensajes de texto que contenga PHI a través del número proporcionado. El Paciente reconoce además que:<sup>1</sup>

- A. El correo electrónico y los mensajes de texto no son necesariamente métodos seguros para enviar o recibir PHI, y siempre existe la posibilidad de que un tercero pueda obtener acceso;
- B. Aunque la Clínica y su personal harán todos los esfuerzos razonables para mantener las comunicaciones por correo electrónico y texto confidenciales y seguras, no podemos asegurar ni garantizar la confidencialidad absoluta de estas comunicaciones;
- C. También entiende y acepta que el correo electrónico y los mensajes de texto no son medios de comunicación adecuados en caso de emergencia, para tratar cuestiones sensibles al tiempo o para divulgar información confidencial. En una emergencia o una situación en la que razonablemente podría esperarse que se convierta en una emergencia, Usted entiende y acepta llamar al 911 o acudir al personal de emergencia más cercano.

**14. Fallo técnico.** Ni la Clínica ni su personal serán responsables de ninguna pérdida, lesión o gasto que surja de un retraso en la respuesta al Paciente cuando ese retraso sea causado por fallas técnicas. Ejemplos de fallas técnicas: (i) fallas causadas por un proveedor de servicios de Internet o telefonía celular; (ii) cortes de energía; (iii) fallo del "software" de mensajería electrónica o del proveedor de correo electrónico; (iv) fallo de los ordenadores o de la red informática de la Clínica, o transmisión de datos por teléfono o cable defectuosa; (v) cualquier interceptación de comunicaciones por correo electrónico por parte de un tercero que no esté autorizada por la Clínica; o (vi) El incumplimiento por parte del paciente de las directrices para el uso de correo electrónico o mensajes de texto, como se describe en este Acuerdo.

**15. Ausencia médica.** De vez en cuando, debido a conferencias, vacaciones, enfermedad, paciente o emergencia personal, etc., el médico puede no estar disponible temporalmente. Cuando tales ausencias se conozcan con antelación, la Clínica notificará inmediatamente a los Pacientes para que puedan programar la atención no urgente en consecuencia. Durante ausencias inesperadas, los pacientes con citas programadas serán notificados tan pronto como sea posible, y las citas serán reprogramadas a conveniencia del Paciente. Si, durante la ausencia del médico, el paciente experimenta un problema médico agudo que requiere atención inmediata, el paciente debe proceder a un Centro de Urgencia u otro centro adecuado para el tratamiento.

---

<sup>1</sup> Como se define ese término en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y su reglamentos de aplicación.

Los cargos del Centro de Urgencia o de cualquier otro proveedor externo no están incluidos en este Acuerdo y son responsabilidad del Paciente. Sin embargo, el Paciente puede presentar dichos cargos a su seguro o solicitar que el proveedor externo haga lo mismo. No podemos garantizar el reembolso del seguro.

**16. Resolución de disputas.** Cada parte se compromete a no hacer declaraciones inexactas o falsas y despectivas, orales, escritas o electrónicas, sobre la otra. Nos esforzamos por ofrecer solo la mejor atención médica personalizada a cada Miembro, pero ocasionalmente surgen malentendidos. Damos la bienvenida al diálogo sincero y abierto con nuestros Miembros, especialmente si no cumplimos con las expectativas, y estamos comprometidos a resolver todas las preocupaciones de los pacientes.

Por lo tanto, en el caso de que un Miembro esté insatisfecho con, o tenga preocupaciones acerca de, cualquier miembro del personal, servicio, tratamiento o experiencia que surja de su membresía en esta Clínica, el Miembro y la Clínica acuerdan abstenerse de hacer, publicar, o hacer que se publiquen en Internet o cualquier medio social, cualquier comentario falso, no confirmado, inexacto, despectivo sobre el otro. Más bien, las Partes acuerdan participar en el siguiente proceso:

- A. El Miembro discutirá en primer lugar cualquier queja, inquietud o problema con la Dr. Ortiz;
- B. La Dr. Ortiz responderá a cada una de los asuntos y quejas del Miembro;
- C. Si después de esa respuesta, el Miembro sigue insatisfecho, las Partes entablarán un dialogo e intentarán llegar a una solución mutuamente aceptable.

**17. Tarifa mensual y ajustes de oferta de servicio.** En el caso de que la Clínica encuentre necesario aumentar o ajustar las cuotas mensuales u ofertas de Servicio antes de la terminación del Acuerdo, la Clínica notificará por escrito a los Pacientes con 30 días de antelación de cualquier ajuste, y si el Paciente no da su consentimiento a la modificación, el Paciente deberá cancelar el Acuerdo por escrito antes del próximo pago mensual programado.

**18. Cambio de ley.** Si hay un cambio de cualquier ley, regulación o regla pertinente, federal, estatal o local, que afecte los términos de este Acuerdo, las partes acuerdan modificar este Acuerdo para cumplir con la ley.

**19. Divisibilidad.** Si alguna parte de este Acuerdo es considerada legalmente inválida o inaplicable por un tribunal de jurisdicción competente, esa parte se modificará solo en la medida necesaria para ser ejecutable, y el resto del Acuerdo permanecerá en vigor como se escribió originalmente.

- 20. Enmienda.** Salvo lo dispuesto anteriormente, ninguna modificación de este Acuerdo será vinculante para una parte a menos que sea por escrito y firmada por todas las partes.
- 21. Asignación.** Ni este Acuerdo ni ningún derecho que surja en virtud del mismo, podrá ser cedido o transferido sin el Acuerdo de las Partes.
- 22. Significancia legal.** Usted reconoce que este Acuerdo es un documento legal y otorga a las partes ciertos derechos y responsabilidades. También reconoce que no está sufriendo ninguna emergencia médica. Usted ha tenido un tiempo razonable para buscar asesoramiento legal con respecto al Acuerdo y ha optado por no hacerlo o lo ha hecho y está satisfecho con los términos y condiciones del Acuerdo.
- 23. Misceláneos.** El presente Acuerdo se interpretará sin tener en cuenta las normas que exijan que se interprete en contra de la parte redactora. Los subtítulos de este Acuerdo son sólo por conveniencia y no tienen ningún significado legal.
- 24. Acuerdo completo.** Este Acuerdo contiene el Acuerdo completo entre las partes y reemplaza cualquier entendimiento y acuerdo anterior, ya sea escrito u oral.
- 25. No Abdicación.** Cualquiera de las Partes puede optar por retrasar o no hacer cumplir un derecho o deber en virtud de este Acuerdo. De hacerlo no constituirá una renuncia a ese deber o responsabilidad y la parte conservará el derecho absoluto a hacer valer dichos derechos o deberes en cualquier momento en el futuro.
- 25. Jurisdicción.** Este Acuerdo se registrará e interpretará bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Todas las disputas que surjan de este Acuerdo se resolverán en la corte de competencia y jurisdicción apropiada para Coamo, Puerto Rico.
- 26. Aviso.** El aviso según lo requerido en el párrafo 16 anterior puede lograrse ya sea por medios electrónicos en la dirección de correo electrónico proporcionada por la parte para ser notificado o a través de correo de primera clase de los EE. UU. Todos los demás avisos requeridos deben ser entregados por correo de primera clase a la Clínica, a la siguiente dirección: PO Box 7, Coamo PR 00769, y al Paciente, a la dirección proporcionada en el Apéndice B.
- 27. Firma Electrónica.** Este Acuerdo puede ser ejecutado por firma manuscrita o electrónicamente (marcando la casilla correspondiente donde se indique). Las Partes acuerdan que el método constituirá una firma legal e indica que la parte entiende y acepta los términos de este documento.

Las Partes pueden haber firmado contrapartes duplicadas de este Acuerdo en la

fecha escrita por primera vez anteriormente.

**The Way Family Clinic, LLC:**

- **Por: Lorimar Ortiz Ortiz, MD**

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha (DD/MM/AAAA)

**Paciente:**

- \_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del paciente**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha (DD/MM/AAAA)

## APÉNDICE A

### Servicios

**NO SOMOS ESPECIALISTAS EN DOLOR Y NO PRESCRIBIMOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE FORMA CONTINUA. LA CLÍNICA NO ALMACENA NI DISPENSA MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN LA OFICINA.**

1. **Servicios Médicos.** Este Acuerdo da derecho al Paciente a los Servicios Médicos identificados a continuación, según se considere apropiado bajo las circunstancias, a la sola discreción del médico. El Paciente es responsable de todos los costos asociados con cualquier medicamento, prueba de laboratorio y análisis de muestras relacionados con estos Servicios que no son proporcionados personalmente por el personal de Clínica.\*
  - Visitas de telemedicina agudas y no agudas
  - “Coaching” de Salud
  - Asesoramiento para la reducción de peso
  - Lesiones deportivas
  - Cuidado preventivo
  - Discusión de Directrices Anticipadas con Metas de Cuidado
  - Examen y evaluación de bienestar anual, personalizado y a fondo
  - Exámen físico deportivo
  - Exámen físico escolar
  - Cuidado de la mujer
  - Cuidado preventivo de niños
  - Cuidado del recién nacido
  - Monitoreo de la presión arterial
  - Manejo de enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes, presión arterial alta, asma)
  - Aspiración/inyección simple de la articulación
  - Remoción de Cerumen (cera de oído)
  - Reparación de heridas y suturas
  - Incisión de absceso y drenaje
  - Procedimientos de Dermatología Simples
  - Cernimiento Visual Básico
  - Consultoría de lactancia (cuando la madre y el bebé están inscritos, si sólo bebé es miembro, se facturará la consulta como un servicio a parte)
  - Recorte de uñas para personas mayores
  - Evaluaciones preoperatorias
  - Cuidado de heridas simples

\* El Miembro es responsable de todas las tarifas asociadas con cualquier prueba de laboratorio y análisis de muestras.



2. **Servicios no médicos y personalizados.** La Clínica también proporcionará al Paciente los siguientes servicios no médicos, que son complementarios a nuestros miembros en el curso de la atención:

- **Citas dentro de la misma semana laboral.** Sujeto a las limitaciones del párrafo 13 anterior, el paciente puede ser programado para una cita dentro de la misma semana laborable cuando lo desee y sea apropiado.
- **Citas sin tiempo de espera o de espera mínima.** Se hará todo lo posible para asegurar que el paciente sea visto por el médico inmediatamente después de llegar para una visita programada a la oficina o luego de una espera mínima. Si el médico prevé un tiempo de espera prolongado, se contactará con el paciente y le notificará del tiempo de espera proyectado. El paciente tendrá la opción de llegar a la hora ajustada, posterior o reprogramar en una fecha conveniente para el paciente.
- **Acceso después de horas laborables.** Sujeto a las limitaciones del párrafo 13 anterior, el paciente tendrá acceso directo a su médico para obtener orientación con respecto a las preocupaciones urgentes que surjan *inesperadamente* después del horario de oficina. El acceso al médico será por llamadas telefónicas al número de la clínica o mensajes por el portal del paciente. Los mensajes de texto o correos electrónicos se pueden utilizar cuando el Médico y el Paciente estén de acuerdo en que es apropiado.
- **Acceso por correo electrónico.** Sin perjuicio de las limitaciones del párrafo 13 anterior, el Paciente deberá recibir la dirección de correo electrónico del médico a la que se puedan dirigir las comunicaciones no urgentes. El Paciente entiende y acepta que ni el correo electrónico ni el Internet deben utilizarse para acceder la atención médica en caso de una emergencia o cualquier situación que razonablemente pueda convertirse en una emergencia. El Paciente acepta que en esta situación, cuando no pueda hablar con el médico en persona o por teléfono, llamará al 911 o irá al proveedor de asistencia médica de emergencia más cercano, y seguirá las instrucciones del personal médico de emergencia.
- **Coordinación de Atención al Paciente.** El médico asistirá en los referidos de Paciente para la atención especializada y coordinar con los especialistas del paciente para asegurar la continuidad de la atención según corresponda. El paciente entiende que los honorarios pagados bajo este Acuerdo no incluyen los honorarios y gastos de los médicos especializados o los honorarios y gastos de cualquier profesional médico que no sea el Médico de la Clínica.
- **Visitas a domicilio.** Disponibles a discreción del médico según corresponda. Las visitas están limitadas a los pueblos entre Ponce centro y Dorado transitando por la PR-52. Hay un cargo adicional, cuya cantidad le será informada al Paciente con antelación. Se aplicará una tarifa de \$100 por cada 30 mins de la distancia que tome llegar a su ubicación para cubrir gastos de transporte.

## APÉNDICE B

### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTES

Los honorarios establecidos en el apéndice C adjunto, se aplicarán a los siguientes Pacientes, que al firmar a continuación (o como padre o tutor legal), certifican que han leído y acepta los términos y condiciones de este Acuerdo.

**Marque "Sí" donde se indica solo si acepta la comunicación con mensajes de texto y proporcione la dirección de correo electrónico solo si acepta la comunicación por correo electrónico. Su firma indica la aceptación de los términos del acuerdo del paciente.**

#### PACIENTE 1

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

*(Favor escribir su nombre completo, segundo nombre, apellido y segundo apellido si aplica)*

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA \_\_\_\_\_

*(Favor completar solo si es diferente a la dirección postal)*

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO: *(Favor marcar con una x su número de contacto preferido)*

HOGAR: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

ACEPTO LA COMUNICACIÓN DE TEXTO: *(Favor escribir marcar con una x su preferencia)*

- Sí
- No

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

#### PACIENTE 2

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

*(Favor escribir su nombre completo, segundo nombre, apellido y segundo apellido si aplica)*

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO: *(Favor marcar con una x su número de contacto preferido)*

HOGAR: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

ACEPTO LA COMUNICACIÓN DE TEXTO: *(Favor escribir marcar con una x su preferencia)*

- Sí
- No

RELACIÓN CON EL PACIENTE 1: \_\_\_\_\_

### **PACIENTE 3**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

*(Favor escribir su nombre completo, segundo nombre, apellido y segundo apellido si aplica)*

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO: *(Favor marcar con una x su número de contacto preferido)*

HOGAR: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

ACEPTO LA COMUNICACIÓN DE TEXTO: *(Favor escribir marcar con una x su preferencia)*

- Sí
- No

RELACIÓN CON EL PACIENTE 1: \_\_\_\_\_

**PACIENTE 4**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
*(Favor escribir su nombre completo, segundo nombre, apellido y segundo apellido si aplica)*

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO: *(Favor marcar con una x su número de contacto preferido)*

HOGAR: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

ACEPTO LA COMUNICACIÓN DE TEXTO: *(Favor escribir marcar con una x su preferencia)*

- Sí
- No

RELACIÓN CON EL PACIENTE 1: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente 1

\_\_\_\_\_  
Fecha (DD/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha (DD/MM/AAAA)

**Apéndice C**  
**DESGLOSE DE TARIFAS**

**Cuota mensual de membresía**

*Pediátricos I ( 0 a 23 meses)*

Núm de miembros \_\_\_\_\_ \$75/mes \$ \_\_\_\_\_

*Pediátricos II y Jóvenes Adultos (2 años a 25 años)*

Núm de miembros \_\_\_\_\_ \$35/mes \$ \_\_\_\_\_

*Adultos I (26 años a 45 años)*

Núm de miembros \_\_\_\_\_ \$50/mes \$ \_\_\_\_\_

*Adultos II (46 años a 64 años)*

Núm de miembros \_\_\_\_\_ \$65/mes \$ \_\_\_\_\_

*Adultos III (65 años o más)*

Núm de miembros \_\_\_\_\_ \$85/mes \$ \_\_\_\_\_

*Nota: Primer mes de bebé recién nacido incluye visitas al hogar sin cargo adicional dentro de los siguientes pueblos: Ponce, Juana Díaz, Villalba, Coamo, Santa Isabel.*

Plan Familiar\* \_\_\_\_\_ \$200/mes \$ \_\_\_\_\_  
(4 miembros en el mismo hogar)

\*\$25 por cada miembro adicional

**Cuota de inscripción**

Número de Miembros \_\_\_\_\_ Membresía + \$15/miembro \$ \_\_\_\_\_

Familia de 4 o más miembros \$250 por los 4 miembros \$ \_\_\_\_\_

## Información de Pago

*Favor de proporcionar la siguiente información sobre su tarjeta de crédito.*

**Número de Tarjeta:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Expiración:** \_\_\_/\_\_\_

**Valor de Verificación de Crédito (CVV):** \_\_\_\_\_ *(Este es el código secreto de 3-4 dígitos*

*impresos en la parte posterior de la tarjeta de plástico. Es necesario para confirmar el retiro de fondos de la cuenta.)*

Autorizo a que se me descuenta la cantidad seleccionada en el Apéndice C:

DESGLOSE DE TARIFAS.

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada