



Ayer Neuroscience Institute

Acuerdo de Tratamiento del Paciente

- Doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de mi especialista en dolor de cabeza
_____ en la oficina _____.

- El personal del Centro del Headache Center y yo trabajaremos para mantener una relación terapéutica que respete las ordenanzas descritas en la iniciativa de Respeto Mutuo y Cuidado Mutuo de Hartford Healthcare.
- Acepto comportarme de manera cortés. Trataré a los empleados y a los proveedores del Headache Center con respecto y dignidad, ya sea en la clínica o por teléfono. Fallo de adherencia a la regla, resultará en la descarga de la práctica médica.
- Usaré tono de hablar cortés y usaré un lenguaje apropiado cuando hable con los empleados del Headache Center. Gritar, usar palabras inadecuadas o ser descortés resultará en baja de la práctica.
- Entiendo que esta oficina no participa en litigios o compensación laboral en este momento. Todas mis citas serán estrictamente para atención médica. Mi proveedor médico no participara en ningún litigio abierto ahora o en el futuro.
- Me adheriré a mi plan de tratamiento y recomendaciones. Si mi plan de tratamiento no funciona, haré una cita para discutir las opciones de tratamiento con mi especialista. Expresaré cualquier pregunta e inquietud con respecto a mi plan de tratamiento durante una visita con mi especialista en dolor de cabeza.
- Estoy de acuerdo y entiendo que no podré ser transferido a otro especialista en otra oficina, a menos que existan circunstancias atenuantes que presentaré por escrito. Dichas solicitudes serán revisadas por el personal administrativo apropiado para su aprobación.
- Entiendo que solo puedo transferirme a otro especialista u oficina una vez. Si se solicitan transferencias adicionales, tendré que buscar atención futura fuera del HHC Headache Center.
- Acepto llegar a tiempo a todas mis citas programadas y entiendo que si llego más de 10 minutos tarde, mi cita puede ser cancelada y / o reprogramada.
- Estoy de acuerdo en que no usaré perfumes ni jabones / lociones de olor fuerte en mi visita. Entiendo que los perfumes o los jabones / lociones perfumados pueden provocar dolores de cabeza a otros pacientes o proveedores. Si llego con perfumes o lociones, se me pedirá que re programe mi cita.
- Me comunicaré a la clínica con 24 horas de anticipación si no puedo atender a mi cita. Entiendo que atender a mi cita es esencial para un resultado positivo. Un patrón de citas perdidas, tres en un año calendario, puede resultar en que El Headache Center me dé de alta de la práctica.

▪ 65 Memorial Rd, Suite 508, West Hartford, CT 06107 ▪ 280 South Main St, Suite 103, Cheshire, CT 06489
▪ 100 Perkins Farm Drive Suite 303 Mystic, CT 06389 ▪ 1 Towne Park Plaza Norwich, CT 06360
▪ 300 Post Road West Suite 102 Westport, CT 06880

Tel 860.696.2925 Fax 860.696.2926 HeadacheCenter@hhchealth.org



Ayer Neuroscience Institute

- Formularios o documentación (formularios de discapacidad o cartas para el trabajo) que necesito ser completado por mi proveedor médico, necesita ser entregado a la oficina con anticipación. Entiendo que la oficina necesita al menos un tiempo de respuesta de (2) semanas para completar los formularios y se me puede pedir asistir una cita para completar preguntas específicas.
- Acepto comunicar oportunamente cualquier cambio en el seguro o cobertura financiera. Entiendo que no informar cambios en la cobertura antes de una visita o procedimiento puede resultar en la cancelación de una cita o en la falta de cobertura de los servicios, de los cuales soy financieramente responsable.
- Durante las visitas de tele-salud, prestaré toda mi atención a mi especialista en dolor de cabeza. Estaré preparado(a) con anticipación en una habitación privada bien iluminada con una vista de cámara de mi persona, listo(a) para hablar sobre mi cuidado. Entiendo que mi proveedor espera que sea respetuoso y trate esta visita como si fuera una visita a la clínica en persona. Si no estoy vestido(a) adecuadamente, realizando la visita mientras conduzco o si no estoy en el momento, mi especialista finalizará la visita.
- Acepto adherirme a la política financiera descrita por esta oficina y Hartford Healthcare. Es mi responsabilidad comprender la cobertura de mi seguro y la responsabilidad financiera de mi tratamiento.

Al firmar este Acuerdo de tratamiento, reconozco y acepto cumplir con sus términos y acepto establecer y / o continuar la atención con Hartford Healthcare Headache Center.

Firma del paciente:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Numero de record medico:

Fecha de hoy:

- 65 Memorial Rd, Suite 508, West Hartford, CT 06107 ▪ 280 South Main St, Suite 103, Cheshire, CT 06489
- 100 Perkins Farm Drive Suite 303 Mystic, CT 06389 ▪ 1 Towne Park Plaza Norwich, CT 06360
- 300 Post Road West Suite 102 Westport, CT 06880