



**Endo Care of South Florida**  
Center for Endocrine and Diabetes Care

**Documento de Reconocimiento de Endo Care of South Florida**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia Mes Año

La Ley nos requiere que nosotros les proveamos a usted con nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, las cuales explican como podemos usar y divulgar su información medica. La ley también nos requiere que obtengamos su firma, reconociendo que se este aviso lo hemos hecho disponible para usted.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente o Representante Autorizado)

Relación al Paciente: \_\_\_\_ Mismo \_\_\_\_ Esposo(a) \_\_\_\_ Otro

Razón por la cual el paciente no puede no puede/ no desea firmar: \_\_\_\_\_



**Endo Care of South Florida**  
Center for Endocrine and Diabetes Care

### **Póliza de Cancelación**

Tenga en cuenta que la oficina del Dr. Miguel tiene una póliza de cancelación de 24 horas.

**Si no cancela o reprograma su cita con un mínimo de 24 horas de anticipación a la hora programada, habrá un cargo de \$50.**

La oficina le proporciona recordatorios de citas a través de una llamada de cortesía 48 horas antes de su cita programada, para evitar que se le agregue este cargo a su cuenta. Sin embargo, es su responsabilidad cancelar o reprogramar su cita con un aviso de 24 horas.

Firma: \_\_\_\_\_

Muchas Gracias  
Dr. Ihosvani Miguel