

## Consentimiento para inmunoterapia sublingual y exención financiera

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

La inmunoterapia sublingual (gotas para la alergia) es un tratamiento fuera de indicación que utiliza antígenos aprobados por la FDA y es una opción de pago directo. Nuestro consultorio presentará las reclamaciones de todos los servicios a su compañía de seguros, incluidos, entre otros a, consultas médicas y procedimientos de pruebas. La inmunoterapia sublingual no está cubierta por seguros.

El costo de su receta personalizada de inmunoterapia sublingual se cobrará directamente por AllerVie Health a \$150.00 al mes (incluye gastos de envío). Se requiere que los pacientes tengan registrada en nuestro consultorio una tarjeta de crédito con cargo directo para este servicio.

Todas las recetas se resurtirán automáticamente cada 90 días y se enviarán de manera conveniente a la dirección que tengamos registrada en nuestro consultorio. Si decide cancelar este servicio, puede hacerlo en cualquier momento notificando a su clínica. El resurtido puede cancelarse hasta 30 días antes de la fecha de su próximo envío. Los pacientes que cancelen el programa deberán realizar una consulta en la clínica para reiniciar el programa en una fecha futura.

Firme y feche este documento para reconocer que ha leído y acepta nuestra política financiera y consiente recibir tratamiento con inmunoterapia sublingual. Esperamos colaborar con usted en la atención de su inmunoterapia.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o tutor legal/  
parte responsable\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta\_\_\_\_\_  
Fecha

### Formulario de autorización de tarjeta de crédito

Complete todos los campos. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con nosotros. Esta autorización permanecerá vigente hasta su cancelación.

#### Información de la tarjeta de crédito

Número de cuenta del paciente: _____
Tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Otro: _____
Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta): _____
Últimos 4 dígitos de la tarjeta: _____ (Esta tarjeta será archivada)
Fecha de vencimiento (mm/aa): _____
Código postal del titular de la tarjeta (de la dirección de facturación de la tarjeta de crédito): _____

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a AllerVie Health a cargar a mi tarjeta de crédito anterior las compras acordadas. Entiendo que mi información se guardará en el archivo para futuras transacciones en mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o tutor legal/  
parte responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha