



Queremos que conozca sus costos antes de comenzar. Por favor lea y escriba sus iniciales en cada punto.

We want you to know your costs before you begin. Please read and initial each item.

PAGOS

Payments

INICIALES

La evaluación médica inicial cuesta \$79 y se paga al reservar. Si me inscribo en un programa dentro de los 7 días siguientes, los \$79 se aplican a mi primer mes. La evaluación no garantiza una receta.

The initial medical evaluation costs \$79, paid at booking. If I enroll in a program within 7 days, the \$79 is applied to my first month. The evaluation does not guarantee a prescription.

INICIALES

Los programas mensuales se pagan por adelantado. El precio depende del programa y de la dosis que me indiquen, y me lo informarán antes de cobrar.

Monthly programs are paid in advance. The price depends on the program and the prescribed dose, and I will be informed before being charged.

INICIALES

Los laboratorios médicamente indicados y los medicamentos de marca se pagan por separado.

Medically indicated labs and brand-name medications are paid separately.

INICIALES

Es un programa de pago directo y no es un plan de seguro. Nurse Pulse no factura a seguros médicos, Medicare ni Medicaid. Si lo pido, me pueden dar un recibo detallado.

This is a self-pay program and not an insurance plan. Nurse Pulse does not bill health insurance, Medicare or Medicaid. An itemized receipt is available on request.

CANCELACIONES Y REEMBOLSOS

Cancellations and refunds

INICIALES

Puedo cancelar mi programa en cualquier momento, avisando antes de mi próxima fecha de cobro. No se cobran meses futuros después de cancelar.

I may cancel my program at any time by notifying before my next billing date. No future months are charged after cancellation.

INICIALES

Los medicamentos que ya fueron preparados o despachados por la farmacia no se pueden devolver ni reembolsar, según las leyes de farmacia.

Medications already prepared or dispensed by the pharmacy cannot be returned or refunded, per pharmacy regulations.

INICIALES

Para cambiar o cancelar una cita debo avisar con al menos 24 horas. Si cancelo con menos de 24 horas, se cobra un cargo de \$75. Si cancelo el mismo día o no me presento, se cobra el valor completo del servicio.

I must give at least 24 hours' notice to reschedule or cancel. Cancellations within 24 hours incur a \$75 fee. Same-day cancellations or no-shows are charged the full service amount.

AVISO DE FLORIDA (F.S. 456.062): La paciente y cualquier otra persona responsable del pago tiene derecho a negarse a pagar, cancelar el pago o ser reembolsada por cualquier otro servicio, examen o tratamiento realizado como resultado de, y dentro de las 72 horas de, responder al anuncio del servicio, examen o tratamiento gratuito o con descuento.

THE PATIENT AND ANY OTHER PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT HAS A RIGHT TO REFUSE TO PAY, CANCEL PAYMENT, OR BE REIMBURSED FOR PAYMENT FOR ANY OTHER SERVICE, EXAMINATION, OR TREATMENT THAT IS PERFORMED AS A RESULT OF AND WITHIN 72 HOURS OF RESPONDING TO THE ADVERTISEMENT FOR THE FREE, DISCOUNTED FEE, OR REDUCED FEE SERVICE, EXAMINATION, OR TREATMENT.

COMUNICACIÓN

Communication



INICIALES

Acepto recibir llamadas, mensajes de texto y WhatsApp sobre mis citas y mi tratamiento. Pueden aplicar tarifas de mi proveedor de celular. Los mensajes se contestan de 9 am a 7 pm y no son para emergencias.

I agree to receive calls, text messages and WhatsApp about my appointments and treatment. Carrier rates may apply. Messages are answered 9 am to 7 pm and are not for emergencies.

☐ Sí, también acepto recibir promociones (puedo responder STOP).

Yes, I also agree to receive promotions (I may reply STOP).

FIRMA

Signature

Al escribir mi nombre completo abajo, firmo este documento electrónicamente y acepto que tiene la misma validez que mi firma escrita.

By typing my full name below, I sign this document electronically and agree it has the same validity as my handwritten signature.

Nombre del paciente (letra de molde) / Patient name (print)

Firma del paciente / Patient signature

Fecha de nacimiento

Date of birth

Fecha

Date

Representante legal (si aplica)

Legal representative (if any)