

BAY AREA ENT SPECIALISTS, LLP
DR. CHESTER STRUNK – DR. DEBORAH MILLER
SHAUNA MCLAUGHLIN, PA-C – LORI JONES, PA-C

2950 Cullen Parkway, Suite 202 • Pearland, TX 77584 • 281-606-3100 • Fax 281-606-3102

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

**Comunicacion y Consentimiento de
Procedimientos En La Oficina**

Para el paciente: Tiene el derecho como paciente, a estar informado de su condicion y el recomendado tratamiento como serugia, medica, o diagnostico procedimiento(s) que se utilizaran para que usted pueda hacer la decision de si o no de someterse al procedimiento despues de conocer los riesgos y peligros involucrados.

Yo (nosotros) entendemos que las siguientes serugia, medica, y/o diagnostico procedimiento(s) habitualmente se realiza en la oficina.

<u>CPT Code</u>	<u>Descripcion of Procedimiento</u>	<u>Costo de Oficina (Sin Seguransa)</u>	<u>Seguransa Nacional (Promedio Costo)</u>
31231	Nasal Endoscopia, Rigida	\$276.00	\$180.00
31237	Nasal Endoscopia con/Desbridamiento	\$489.00/lado	\$325.00/lado
31238	Nasal Endoscopia con/Control de hemorragia	\$503.00	\$305.00
30901	Nasal Cauterizacion (Control de hemorragia)	\$155.00	\$99.00
31575	Laryngoscopia, Flexible de fibra optica	\$176.00	\$120.00
69210	Eliminacion de cera	\$74.00	\$50.00
92504	Binocular Microscopia	\$44.00	\$28.00
69433	Insercion de los tubos al oido	\$287.00/lado	\$183.00/lado
69801	Transtympanic Membrana de Inyeccion	\$1100.00	\$725.00

*Estos costos son un promedio de todas las companias de suguransa para los que somos proveedores, y como tal, puede no reflejar la relizacion del pago o del paciente responsabilidad.

Nosotros, Bay Area ENT Specialists, esforzamos para proporcionar estado de la tecnica de atencion a nuestros pacientes, sin embargo, su compania si los procedimientos anteriores se incluyen en la visita de hoy.

Yo (nosotros) entendemos que el procedimiento indicados en la parrofago anterior se consideraran por las companias de seguros como procedimientos serugales, debido a su naturaleza envasiva, y por lo tanto, bajo mi deducible y/o coseguro. Estoy de acuerdo en pagar por mi parte del procedimiento en su totalidad en el momento en que el servicio es prestado.

Fecha: _____

Paciente/Responsable Persona (Molde)

Paciente/Responsable Persona (Firma)

Testigo Nombre y Firma