



Información para Gold Coast Seguro

Por favor lea atentamente y ponga sus iniciales
(Rellenar con tinta negra)

Citas Falladas / Canceladas

Su cuerpo estará pasando por transiciones mientras está en su camino a la recuperación. Por favor, entienda que su dolor probablemente aumentará y disminuirá a medida que progrese su tratamiento. Cualquier condición puede parecer una razón para no venir: A) te sientes peor y piensas que el tratamiento no está funcionando o, B) te sientes mejor y es un gran día para jugar al golf. Ninguna de estas condiciones es razón legítima para no venir: A) si usted está en dolor, venga y lo ayudaremos, B) si usted está fuera de dolor, ahora es el tiempo que podemos comenzar a hacer alguna corrección real de las causas subyacentes de tu problema y educarte para que no te vuelvas a herir, etc. **Nuestros terapeutas no pueden ayudarlo a usted o a otra persona si no le da la notificación adecuada y reprograma en la misma semana.** Estamos encantados de reprogramar su visita en la misma semana. Es posible que necesite ver a un terapeuta que no sea el que normalmente lo trata si cambia su cita. Todos nuestros terapeutas son profesionales experimentados, y estudiarán su carta del paciente, así que usted estará en buenas manos

Como es estándar en la profesión médica, le pedimos que nos proporcione un aviso de cancelación de veinticuatro (24) horas. Si no se presenta para una cita programada o cancela sin previo aviso de veinticuatro horas, se le cobrará \$35.00. Esto no está cubierto por su seguro, y será su responsabilidad. Nos gustaría solicitar su ayuda en el trabajo con nosotros, y la comunicación con nosotros para que podamos proporcionar su cuidado y atención a los demás pacientes. Estamos encantados de reprogramar su visita en la semana para que podamos continuar su progreso hacia sus metas

Entiendo que una ranura de tiempo específica se reserva para mí cuando programo una cita, y acepto la responsabilidad completa para mis citas programadas. Entiendo que FYZICAL Therapy & Balance Centers (FYZICAL) ofrece una excepción única por razones legítimas. (Por ejemplo, enfermedad o emergencia)

Inicial

Entiendo que el cargo de \$35.00 por no presentarme o cancelar tarde no está cubierto por Gold Coast y seré personalmente responsable de cualquier cancelación tardía o cargos por no presentarme.

Inicial

Entiendo que es la política FYZICAL para descargar a cualquier paciente que tenga tres cancelaciones atrasadas y / o no-muestras.

Inicial

Autorización para el Tratamiento

Todos los procedimientos serán explicados a usted antes de que se realicen.

Hay ciertos riesgos inherentes con el tratamiento de terapia física porque se le pedirá que ejerza esfuerzo y realizar actividades con grados cada vez mayores de dificultad, lo que podría causar un aumento en su nivel actual de dolor o incomodidad o un agravante a su lesión existente. Hay también, un pequeño riesgo o posibilidad de que usted podría experimentar una nueva lesión. Es importante escuchar el consejo y las técnicas de ejercicio en las cuales será instruido. Usted será capaz de controlar cualquier procedimiento por parar si siente un aumento de dolor o molestia.

El ayudante del fisioterapeuta o el fisioterapeuta tomará todas las precauciones para asegurarse de que está protegido de cualquier situación peligrosa. Nunca se le obliga a realizar ningún procedimiento que no desee realizar.

Sobre la base de la información anterior, estoy de acuerdo en cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de fisioterapia y en cumplir con el plan de cuidado tal como está establecido.

AVISO A LOS PACIENTES: para la seguridad personal o para la seguridad de los que lo acompañan a sus visitas, no use ni permita que usen ningún equipo sin un miembro del personal presente.

Suministros / Referencias

A veces durante el curso del tratamiento, los suministros para el uso doméstico, como rodillos de espuma o bolas de fitness, serán sugeridos o le referiremos a otra empresa para comprar suministros o equipo. Podemos proporcionar estos suministros para la compra. Los invitamos a comprar estos fuera de la oficina. Usted no está obligado a comprar suministros de FYZICAL Therapy & Balance Centers o requerido comprar solamente de los vendedores a los cuales le referimos.

Inicial

Inicial

Cuentas de caja

Si no desea que nuestra oficina facture a su compañía de seguros por servicios prestados o no tenga una compañía de seguros, por favor háganoslo saber en esta primera visita. Los pagos en efectivo por servicios son debidos en el momento del servicio y no se facturan.

Inicial

Casos de Lesiones Personales en Litigio o Sin Litigio

No aceptamos gravámenes por pago bajo ninguna circunstancia. Si usted está involucrado en un caso de lesiones personales de terceros, como un accidente automovilístico o un resbalón y una caída, será su responsabilidad cobrarle al tercero si no permite la facturación directa. Se le pedirá que proporcione su seguro privado o pague en efectivo. En la mayoría de los casos, el tercero no pagará al proveedor, sino que requiere que sólo la parte lesionada pueda hacer la reclamación y recibir los fondos. También es típico para los seguros privados no cubrir y recuperar dinero de FYZICAL y por lo tanto, le proporcionaremos papeleo para presentar a su compañía de seguros para el reembolso.

Inicial

Aviso de las prácticas de información

He leído y entiendo completamente el aviso de prácticas de información de FYZICAL Therapy & Balance Centers. Entiendo que FYZICAL Therapy & Balance Centers puede usar o revelar mi información personal de salud con el propósito de realizar un tratamiento, obtener un pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir cómo mi información personal de salud es utilizado y divulgado para el tratamiento, los pagos y las operaciones administrativas si notifica la práctica. También entiendo que FYZICAL Therapy & Balance Centers considerará la solicitud de restricciones caso por caso, pero no tiene que aceptar la solicitud de restricciones.

Autorizo el uso y divulgación de mi información personal de salud para los propósitos que se indican en la notificación de FYZICAL Therapy & Balance Centers para prácticas de información. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificando la práctica por escrito en cualquier momento.

Autorización de personas designadas

Autorizo a una o todas las personas designadas a continuación a solicitar y recibir la liberación de cualquier información de salud protegida relacionada con mi tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas con la facturación y el pago. Entiendo que la identidad de las personas designadas debe ser verificada antes de la divulgación de cualquier información.

Inicial

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Pago por su cuidado

Agradecemos la oportunidad de brindarle la atención que necesita. La terapia física normalmente se paga por el seguro médico, pero puede haber muchas excepciones a esto. Las coberturas que pueden ser excluidas del pago de beneficios no pueden ser siempre anticipadas. Todas las pólizas de seguro son diferentes y los beneficios pueden cambiar de un año a otro. A continuación se proporciona información para explicar las opciones y responsabilidades de pago.

Los pacientes son en última instancia responsable del pago de los servicios recibidos. Entendemos que la mayoría de los eventos médicos no son planeados y trabajaremos con usted de todas las maneras posibles para ayudarle a facilitar el pago.

Nuestro propósito es proporcionarle un cuidado 100% excelente para que se sienta completamente rehabilitado y pueda volver a sus actividades diarias normales y saber cómo cuidar de sí mismo. Si tiene alguna preocupación acerca de su capacidad para cumplir con sus responsabilidades financieras, por favor déjenos saber para que podamos trabajar juntos y elaborar un plan para regresar a sus actividades con menos dolor y mayor capacidad.

Póliza de seguro / asignación de beneficios

Solicito que el pago de los beneficios del seguro se haga en mi nombre a FYZICAL por cualquier servicio que me hayan proporcionado. Como cortesía para usted, le enviaremos sus servicios a su compañía de seguros, si nos ha proporcionado los números de la póliza, dirección, lugar de empleo y cualquier otra información pertinente. Usted es responsable de todos los deducibles y cargos no cubiertos por el seguro. Por favor, entienda que no podemos, como terceros, estar involucrados en negociaciones prolongadas de seguros; Esta es su responsabilidad. Si prefiere enviar su factura a su compañía de seguros, consulte nuestras políticas de pago en efectivo.

Inicial

Inicial

He leído y entiendo completamente toda la información anterior y por este medio he acordado cumplir con lo descrito arriba.

Firma del Paciente

Fecha