

## Información para El seguro De Compensación De trabajadores

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, tenemos que documentar su falta de asistencia a su cita de terapia física e informar a las personas que manejan su caso de incumplimiento. Nos gustaría solicitar su ayuda en el trabajo con nosotros, y la comunicación con nosotros para que podamos proporcionarle atención hacia sus metas y el mismo cuidado a nuestros otros pacientes.

Entiendo que una ranura de tiempo específica se reserva para mí cuando programo una cita, y acepto la responsabilidad completa para mis citas programadas.

\_\_\_\_\_  
Inicial

Entiendo que FYZICAL Therapy & Balance Centers (FYZICAL) está obligado a reportar cualquier cancelación tardía y no-muestra al ajustador de mi compensación de trabajadores o la enfermera a cargo del caso. Entiendo que es la política de FYZICAL para descargar a cualquier paciente de compensación de trabajadores. Entiendo que es la política de FYZICAL para descargar a cualquier paciente que acumula tres cancelaciones tardías o no-muestras, y que ser dado de alta de la terapia física por la asistencia pobre puede afectar el resultado de el pleito de mi compensación de trabajadores.

\_\_\_\_\_  
Inicial

\_\_\_\_\_  
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 sera 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.

### **Lesiones relacionadas con el trabajo**

Si usted ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo y tiene una reclamación de compensación de trabajadores tendremos que obtener la autorización de su Operadora antes de poder darle nuestro servicio. Todo tratamiento debe estar autorizado ANTES de que pueda ser entregado. Muchas veces su portadora requerirá una Revisión de Utilización que puede soportar el tratamiento durante siete (7) días laborables o más. Haremos todo lo posible para evitar cualquier lapso en el tiempo durante su tratamiento en nuestro extremo. Sin embargo, cada transportista tiene diferentes procesos de autorización. Puede ayudar llamando a su ajustador para verificar el estado.

---

Inicial

---

Inicial

### **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. La compensación de trabajadores requiere un proceso de autorización especial para la compra de suministros y la solicitud no puede ser aprobada.

Entiendo que es mi opción de comprar en la tienda de FYZICAL Therapy & Balance Centers para suministros Wellness y que estoy comprando suministros Wellness fuera de mi pleito de la compensación de trabajadores.

---

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.

---

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**