

## Información para pacientes de Medicare

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

### Salud en el hogar u otro profesional de atención médica en el hogar

Medicare no cubre la terapia física proporcionada por FYZICAL Therapy & Balance Centers (FYZICAL) cuando el paciente también está recibiendo terapia física en el hogar u otra rehabilitación. Si usted ha tenido a alguien venir a su casa y proporcionar cualquier asistencia médica este año por favor, infórmenos de esto.

\_\_\_\_\_  
Inicial

- Sí, he recibido atención o asistencia medica en el hogar este año.
- No, **NO** he recibido atención o asistencia medica en el hogar este año.

\_\_\_\_\_  
Inicial Medicare limita la cobertura de los servicios de rehabilitación a una cierta cantidad de dólares por año. Es critico que nos proporcione un número exacto de visitas de cualquier terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje o atención quiropráctica.

\_\_\_\_\_  
Inicial Mantendré informado a FYZICAL por escrito de todas las visitas adicionales de servicios de rehabilitación o de cualquier asistencia médica en el hogar que reciba mientras esté en el cuidado de FYZICAL.

\_\_\_\_\_  
Inicial **Seré financieramente responsable con FYZICAL Therapy & Balance Centers por cualquier visita en la que la cobertura sea negada por Medicare en el caso de que esté recibiendo atención en el hogar / asistencia de cualquier tipo u otra rehabilitación profesional / servicios.**

### Autorización para el Tratamiento

Está indicando su deseo de recibir servicios de nuestro equipo de proveedores o clínicas afiliadas, incluidos servicios a través de mensajes móviles y/o mensajes de texto SMS, correos electrónicos o videoconferencias de Telehealth. Los pacientes entienden que las diversas formas de transmisión electrónica de información conlleva el riesgo improbable pero posible de exposición y pérdida potencial de esa información por una variedad de razones. Al firmar a continuación, los Pacientes aceptan los riesgos inherentes al uso de cualquiera de los métodos de comunicación indicados anteriormente con fines de diagnóstico, tratamiento o cualquier otro motivo relacionado con la atención médica o el servicio. El (los) paciente (s) también acepta(n) indemnizar y eximir de responsabilidad a los Centros de equilibrio y terapia FYZICAL y sus clínicas afiliadas o proveedores en el caso posible pero poco probable de una violación de la información de salud confidencial o protegida.

Al igual que con todas las actividades físicas, existen ciertos riesgos inherentes al tratamiento de fisioterapia porque se le pedirá que se esfuerce y realice actividades con grados de dificultad crecientes, lo que podría causar un aumento en su nivel actual de dolor o malestar o un agravamiento de su nivel actual. lesión. Todos los procedimientos se le explicarán detalladamente antes de que se lleven a cabo. También existe un pequeño riesgo o posibilidad de que pueda experimentar una nueva lesión. Es importante escuchar los consejos y las técnicas de ejercicio que le indicarán. Podrá controlar cualquier procedimiento deteniéndose si siente un aumento del dolor o de la incomodidad.

El fisioterapeuta o el asistente de fisioterapia tomarán todas las precauciones para garantizar que esté protegido de cualquier situación peligrosa. Nunca se le obligará a realizar ningún trámite que no desee realizar.

Con base en la información anterior, aceptó cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de fisioterapia y cumplir con el plan de atención establecido.

**AVISO A LOS PACIENTES:** por seguridad personal o de quienes lo acompañen a sus visitas, no use ni permita que usen ningún equipo sin la presencia de un miembro del personal.

\_\_\_\_\_  
Inicial

## Telesalud

Los servicios son diferentes y pueden ser tan efectivos como la atención directa. Entiendo que partes de mi atención pueden requerir pruebas o exámenes físicos que pueden ser realizados por otro proveedor para ayudar y bajo la dirección del proveedor de Telesalud. Entiendo que existen posibles dificultades tecnológicas y soy consciente de que el proveedor puede discontinuar el servicio si creemos que la videoconferencia no es adecuada. Reconozco que si las preocupaciones de seguridad exigen la presencia de personas adicionales, es posible que no se necesite mi permiso, el de mi cuidador o tutor.

Cuando se utiliza el servicio de telesalud durante una emergencia, entiendo que es responsabilidad del proveedor de telesalud informar al proveedor de atención médica local sobre la atención y el tratamiento necesarios.

Mi consentimiento o el del paciente para participar en este servicio de telesalud permanecerá vigente durante la duración del servicio específico identificado anteriormente, o hasta que yo revoque mi consentimiento por escrito.

## Herramientas de Documentación de Asistencia

Debemos documentar las visitas durante las sesiones y, para que nuestro equipo pueda centrarse más en usted, utilizamos herramientas de documentación de asistencia que graban nuestras conversaciones para generar notas clínicas y tareas administrativas. Estas grabaciones pueden incluir su información médica protegida (PHI) y solo se utilizarán para tratamiento, pago u operaciones de atención médica de acuerdo con la HIPAA. Nunca se compartirán, venderán ni utilizarán con fines publicitarios y se almacenarán de forma segura como parte de su historial médico, de acuerdo con las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA.

---

Inicial

## 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 progresa 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 da la notificación adecuada.**

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 ofrece una excepción única por razones legítimas. (Por ejemplo, enfermedad o emergencia)

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

---

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.

---

Inicial

---

Inicial

## **Aviso de las práctica 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

## **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.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

## **Acerca de sus beneficios de Medicare y cómo se les paga**

Los siguientes son algunos hechos importantes que usted debe tener en cuenta con respecto a sus beneficios de Medicare para Terapia Física.

Esta oficina es un proveedor participante de Medicare.

Medicare requiere que sus beneficiarios satisfagan un deducible de \$283.00 para el año, a partir de 2026, antes de que comiencen a pagar los beneficios. El beneficio de terapia física de 2026 de Medicare es \$2,480.

Después de que su deducible esté satisfecho, Medicare reembolsará el 80% de la tarifa aprobada por Medicare. Una exclusión a esto sería un cargo por un servicio que no está cubierto por su plan de Medicare. En tal caso, Medicare declara que el paciente es responsable de los cargos reales facturados por el proveedor.

Después de cumplir con el deducible anual, el beneficiario (paciente) es responsable de su co-seguro del 20%.

Si el terapeuta siente que su tratamiento puede no estar cubierto por Medicare debido a una necesidad médica y desea continuar recibiendo tratamiento en nuestra oficina, se le pedirá que complete un Aviso de Beneficiario Anticipado que puede incluir aceptar la responsabilidad de pago.

Si tiene un seguro secundario, su coaseguro del 20% puede ser tal vez cubierto por ese seguro secundario. El seguro secundario será facturado una vez que Medicare haya pagado.

Para continuar la terapia física más allá de 30 días, Medicare requiere que una prescripción actualizada de su médico remitente dentro de los 30 días de su última prescripción actualizada para determinar la necesidad médica de continuar con la atención. Haremos todo lo posible para trabajar con usted y su médico cuando se necesite una nueva prescripción.

La comprensión de sus beneficios médicos puede ser difícil, y haremos todo lo posible para ayudarle cuando sea necesario. Si necesita cualquier explicación adicional de sus beneficios o nuestra política de oficina, por favor no dude en hablar con nuestro personal de oficina.

\_\_\_\_\_  
Inicial

## **Póliza de seguro / asignación de beneficios**

Solicito que el pago de los beneficios del seguro se haga en mi nombre al proveedor por cualquier servicio que me hayan proporcionado. Como una cortesía a usted, proporcionaremos una declaración detallada para usted y puede enviarla a su compañía de seguros para el pago. Estaremos encantados

de someter a la mayoría de las compañías de seguros, si usted nos proporcionó 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.

\_\_\_\_\_  
Inicial

## Pago por su cuidado

Agradecemos la oportunidad de brindarle la atención que necesita. La atención médica suele ser pagada 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, incluyendo Medicare, 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.

Los co pagos por servicios se deben en cada visita.

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.

\_\_\_\_\_  
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