



## Consentimiento para los Propósitos de Tratamientos, Pagos y Operaciones del Cuidado de Salud

Yo doy mi consentimiento por el uso o la divulgación de la información de mi salud protegido por TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. para la evaluación o prestación de tratamiento para mí, y por obtener los pagos para la factura de salud o la realización de operaciones de atención médica de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. Yo entiendo que la evaluación o el tratamiento de mi por TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico Inc. puede ser condicionada por mi consentimiento como evidencia de mi firma en este documento.

Yo entiendo que yo tengo el derecho para solicitar una restricción en cuanto mi información protegida de salud va ser utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o operaciones atención médica de la práctica. TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. No esta obligado de aceptar los restricciones que yo solicite, pero, si TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. acepta los restricciones que solicite, el restricción sea de acuerdo con TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, escrito, en cual menos que TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. a tomado acción en confianza en este consentimiento.

Mi "información de salud protegida", incluye mi información de demográfica, de mi y creído o recibido de mi terapeuta, otra proveedor de atención médica, el plan de salud, mi empleador, o un centro de atención de la salud. Este información de salud protegido se refiere con mi pasado, el presente o mi futuro físico o salud mental o condenación y me identifica, o que existe una base razonable para creer que la información que pueda identificarme.

Yo entiendo que yo tengo el derecho de revisar el aviso de las prácticas de privacidad de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. antes de firmar este documento. Me dieron el aviso de las prácticas de privacidad de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. El aviso de las prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de cuidado de la salud de la TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. El aviso de prácticas de privacidad, también esta disponible en el recepción y por el internet de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. al sitio [www.myTERRIO.com](http://www.myTERRIO.com). Este aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y el trabajo de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. con respecto mi información de salud protegido. TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. tiene el derecho para cambiar el aviso de prácticas privacidad para que refleje cual que cambios de las políticas federales HIPPA. Yo puedo obtener un revisión de el aviso de practicas de privacidad por el sitio, o sin no puedo llamar la oficina para que me manda una copia firmada por el coreó, o le pregunto hasta mi siguiente sita.

Iniciales de Paciente/ Tutor: \_\_\_\_\_

### Liberar de Información:

La firma abajo autoriza TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, sea firmado como paciente o tutor, divulga la información medical solicitado por las compañías de seguros, empleadores, y otro partes responsables, menos que se indique lo contrario. Si la autorización para divulgar información es negada, pago por servicios prestados será exigible en el momento de los servicios. **\*\*POR FAVOR INDIQUE ABAJO UN REPRESENTANTE DEL HOGAR QUE TERRIO FISIOTERAPIA Y MANTENIMIENTO FISICO, INCORPORADO. PUEDE DISCUTIR SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD \*\***

Nombre de Representante del Hogar: \_\_\_\_\_

Iniciales de Paciente/ Tutor : \_\_\_\_\_

### Asignación de los Beneficios de Seguro

La firma abajo acepta, sea paciente o tutor, pagos directamente para TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. por cual que beneficios de seguro o si no por otro nombre de o en nombre de los firmantes para su evaluación y tratamiento. Es entendido que la firma de él o ella son responsable de los cargos que no están cubierto con este asignación. Yo entiendo que es posible que me puede cobrar con cualquier copagos o participe o costo y que yo soy responsable de los pagos cualquier cargo que puede ser debido. Yo entiendo que me puede cobrar en mi cuenta, \$28.00 de cargos no pagado a tiempo si no lo pago entre 60 días de la balanza que esta trasferido de mi seguro a mi miso. Todos los copagos se tienen que pagar al tiempo del servicio. También yo doy permiso que TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. depositen cheques recibido en mi cuenta cuando ha hecho para mí.

Iniciales de Paciente/ Tutor: \_\_\_\_\_

### Cancelación/Póliza de no estar Presente

Todos los pacientes que no llegan a su cita se le cobrara un cargo de no esta presente de \$15.00. Por favor llama para cancelar su cita si no puede llegar a su cita. Todos los citas que pierde van estar escrito en su tabla. Si no hay atento de hacer otra cita, TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. le va intentar de tener contacto con el paciente. Después de tres intentos de hacer otra cita con el paciente, la terapeuta va a ponerse en contacto con el doctor y asesorar un descargo del paciente por incumplimiento del paciente. Esta póliza ayuda para asegurarse el necesario tratamiento para recuperación y nosotros agradecemos su cooperación con esta póliza.

Iniciales de paciente/ Tutor: \_\_\_\_\_

### Autorización para Mensajes con Detalles:

Yo doy consentimiento ha TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. para que deje información con detalles a un persona o en una maquina de voz por lo que se refiere de los tratamientos, confirmación de citas, información de cargos, o otro información relacionada. Menos que me notificaron por escrito, este consentimiento permanecerá en efecto preminentemente.

Por favor escribe los números de teléfono que TERRIO puede dejar información:

1. Casa: \_\_\_\_\_
2. Celular: \_\_\_\_\_
3. Trabajo: \_\_\_\_\_

Iniciales de paciente/ Tutor: \_\_\_\_\_

### Autorización de Paciente/Guardián para Tratamiento

Yo doy consentimiento para evaluación de terapia y tratamientos dictada por TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc., también mis iniciales indique que yo ha leído y admitido los temas con respecto.

Nombre de Paciente (letra despegada): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_