



EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y POLÍTICA DE LA OFICINA

Con mi consentimiento, Leading Edge , Inc. puede utilizar y divulgar información de salud protegida (PHI) de mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO) . Por favor, consulte Leading Edge , Inc. Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de estos usos y revelaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Leading Edge , Inc. se reserva el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Aviso de prácticas de privacidad se puede obtener una solicitud por escrito a la Leading Edge , Inc. Oficial de Privacidad al 4406 S. Florida Ave., # 16, Lakeland, FL 33813-2182.

Con mi consentimiento, Leading Edge, Inc. puede llamar, enviar correo, o puede enviar por correo electrónico a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como recordatorio de citas, artículos de seguros y cualquier llamada referente a mi cuidado clínico.

Al firmar este formulario, Yo consiento Leading Edge, uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito , excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho revelaciones en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firma este consentimiento, Leading Edge Inc. podrá negarse a proporcionar tratamiento a mí.

Programa de Rehabilitación de Encargo

Favor de traer a sus citas de terapia - accesorios sueltos o camiseta sin mangas , unos pantalones cortos sueltos y zapatillas de tenis!

Su terapeuta diseñará un **Programa Rehabilitación Medida solo para usted**. Este programa está diseñado para su uso, además de su terapia en la clínica. Usted puede hacer su programa de rehabilitación de encargo en la clínica y /o en el hogar para acelerar su recuperación. Su terapeuta trabajará con usted para que usted entienda y se sienta cómodo, con su programa y va a responder a cualquier pregunta que pueda tener.

Es posible que tenga algo de dolor temporal o aumento del dolor después de sus primeros tratamientos. Esto es bastante normal y suele mejorar bastante rápido como su terapia progresa. Es muy importante que usted le deje saber a su terapeuta dejarle saber exactamente cómo te sientes por lo que su tratamiento se puede ajustar según sea necesario. Los días en los que los más perjudicados son por lo general cuando usted necesita su terapia más! Así que por favor vámonos a sentir mejor!

Si alguna vez tiene alguna preocupación acerca de su tratamiento y /o programa, por favor, consulte esto con su terapeuta. Su comunicación sólo nos ayudará a hacer un mejor trabajo para usted.

La seguridad de su hijo es importante para nosotros. Debido a la naturaleza de nuestra clientela y el tamaño de nuestro vestíbulo, preferimos que usted encuentre el cuidado infantil adecuado. Si usted tiene que llevar a su hijo y que son perjudiciales se le puede pedir que cambie su cita para otro momento. No niños menores de 12 pueden ser dejados solos en el vestíbulo. Gracias por su comprensión.

Citas

- Por favor, llegue a tiempo a su cita o puede disminuir el tiempo de terapia.
- Por favor, danos un pre-aviso de 24 horas si no puedes estar aquí.
- Si usted no cancela su cita dentro de las 24 horas se le cobrará una la tarifa de \$25.00 por la cancelación.
- Si no viene a más de 3 citas, nos reservamos el derecho de interrumpir su tratamiento con nosotros.

Si usted está por *Workers'Comp*, estamos obligados a notificar inmediatamente a su administrador de casos y médico si está tarde o falta a la cita.

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible, y estamos encantados de discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Por favor, pregunte si usted tiene cualquier pregunta sobre nuestros honorarios, Política de oficina, o su responsabilidad.

* Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express.

LOS CHEQUES DEVUELTOS

Hay un cargo por servicio de \$35.00 por cualquier cheque devuelto.

PACIENTES EN EFECTIVO

El pago es pagadero en el momento del servicio, a menos que se han hecho arreglos previos.

COLECCIONES

Si su cuenta es entregada a una agencia de cobranza, usted será responsable por los costos incurrido en la recaudación de dicho balance, que pueden incluir gastos de recaudación de hasta el 30% de su saldo pendiente.

SEGURO

Si usted tiene seguro, y está cubierto por el tratamiento, vamos a presentar todas las reclamaciones por usted. Nuestra oficina acepta la asignación de beneficios de su compañía de seguros. Si hay una disputa con la compañía de seguros con respecto a los cargos "normales y habituales", deducibles los gastos cubiertos, etc., usted será responsable de la parte de su compañía de seguros no pagará. Usted es responsable de cualquier porcentaje o la cantidad de co-pago por la póliza de seguro, no se paga por la compañía de seguros en el tiempo de tratamiento se rindió. La porción en efectivo de los gastos de su visita se debe en cada visita. Esta cantidad es aproximada. Con mucho gusto le facturaremos a su compañía de seguros por la cantidad restante. Después que nos enteramos de su compañía de seguros sobre las referidas comisiones, puede haber una cantidad adicional por la cual usted es responsable. He apoyado, más enviaré por correo a Leading Edge, Inc. dentro de 10 días.

Su co-pago o porcentaje por cada visita de terapia es: \$ _____

Si no nos permite, vamos hacer una fotocopia de su identificación y la tarjeta de seguro.

He recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Leading Edge Physical Therapy & Sports, INC.

He leído la política de la oficina Leading Edge. Entiendo que esta información, y he recibido una copia de la misma.

Firma

Fecha