



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y POLÍTICA DE LA OFICINA

Con mi consentimiento, Leading Edge, Inc. puede usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Leading Edge, Inc. para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

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

Con mi consentimiento, Leading Edge, Inc. puede llamar, enviar correos o enviar un correo electrónico a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros, ofertas especiales y boletines informativos de la compañía, y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Leading Edge, Inc. use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones confiando en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Leading Edge, Inc. puede negarse a brindarme tratamiento.

Programa de Rehabilitación Personalizada

Por favor, traiga a sus citas de terapia: camiseta suelta o sin mangas, un par de pantalones cortos sueltos y zapatos tenis.

Su terapeuta diseñará un Programa de Rehabilitación Personalizado para usted. Este programa está diseñado para que lo use además de su terapia en la clínica. Puede hacer su programa personalizado de rehabilitación en la clínica y / o en el hogar para acelerar su recuperación. Su terapeuta trabajará con usted para que comprenda y se sienta cómodo con su programa y responda todas las preguntas que pueda tener.

Es posible que tenga algo de dolor temporal o aumento del dolor después de los primeros tratamientos. Esto es bastante normal y generalmente mejora bastante rápido a medida que avanza su terapia. Es muy importante que su terapeuta sepa exactamente cómo se siente para que su tratamiento se pueda ajustar según sea necesario. ¡Los días que más duele son generalmente cuando más necesita su terapia! ¡Por favor, vengan y hagámonos sentir mejor!

Si alguna vez tiene alguna inquietud sobre su tratamiento y / o programa, por favor, hable con su terapeuta. Su comunicación solo 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 al tamaño de nuestro lobby, preferimos que encuentre una guardería adecuada. Si tiene que traer a su hijo y estos son perjudiciales, se le puede pedir que reprogramen su cita para otro momento. Ningún niño menor de 12 años puede quedarse solo en el vestíbulo. Gracias por su comprensión.

CHEQUES DEVUELTOS

Hay un cargo por servicio de \$ 35 por cualquier cheque devuelto.

PACIENTES EN EFECTIVO

El pago se realiza al momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

COLECCIONES

Si su cuenta se transfiere a una agencia de cobro, usted será responsable de los costos incurridos en la recaudación de dicho saldo, que puede incluir comisiones de agencia de cobro de hasta el 30% de su saldo pendiente.

SEGURO

Si tiene seguro y está cubierto para recibir tratamiento, presentaremos todos los reclamos por usted. Nuestra oficina acepta la asignación de beneficios de su proveedor de seguros. Si hay una disputa con la compañía de seguros con respecto al pago, cargos "habituales y habituales", deducibles, cargos cubiertos, etc., usted será responsable de la parte que su compañía de seguros no pagará. Usted es responsable de cualquier cantidad de porcentaje o copago según su póliza de seguro, que no sea pagadera por la compañía de seguros en el momento en que se brinda el tratamiento. La porción en efectivo de los cargos por su visita vence en cada visita. Esta cantidad es una aproximación. Con gusto le facturaremos a su compañía de seguros por el monto restante. Después de que recibamos noticias de su compañía de seguros sobre dichos cargos, es posible que exista un monto adicional por el cual usted es responsable. Además, reconozco que los beneficios pagados directamente al beneficiario por los servicios prestados por Leading Edge, Inc. serán endosados y enviados por correo a Leading Edge, Inc. en un plazo de 10 días.

Nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible, y estamos encantados de conversar con usted sobre nuestros honorarios profesionales en cualquier momento. Por favor, pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas, la Política de la Oficina o su responsabilidad.

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

**Su copago o porcentaje de cada visita de terapia es: \$ _____
(Tenga en cuenta que se trata de un cálculo aproximado; es posible que haya un saldo adicional adeudado una vez que se haya presentado el seguro)**

Permítanos hacer una fotocopia de su identificación y tarjeta de seguro.

Recibí una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de Leading Edge Physical Therapy & Sports, Inc.

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

Firma _____

Fecha _____