



CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO

I, el infrascrito, acuerdan y dan por este medio mi consentimiento para que la terapia física de Jimenez equipe asistencia médica y el tratamiento al _____ considerado necesario y apropiado en diagnosticar o tratar su condición física y mental.

Paciente /Guardian/Fecha Responsable ____/____/____ Del _____ Del Partido
ASIGNACIÓN /RELEASE DE LA VENTAJA DE LA INFORMACIÓN Asigno por este medio todas las ventajas médicas y/o quirúrgicas para incluir las ventajas médicas importantes a las cuales me dan derecho, incluyendo Seguro de enfermedad, Medicaid, seguro privado, y payors de los terceros a la terapia de la comprobación de Jimenez. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válido como la original. Autorizo por este medio a cesionario dicho a lanzar toda la información necesaria, incluyendo expedientes médicos, para asegurar el pago.

Paciente /Guardian/Fecha Responsable ____/____/____ Del _____ Del Partido
DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA Esta oficina mandará la cuenta todos los abastecedores contraídos PPO - los copayments y/o los deductibles deben ser pagados en la época de la visita.
Mandamos la cuenta su portador de seguro solamente como cortesía a usted. Usted es responsable de la cuenta entera cuando se rinden los servicios. Requerimos que las medidas para el pago de su parte estimada estén tomadas hoy. Si su portador de seguro no remite el pago en el plazo de 60 días, el equilibrio será adentro lleno debido de usted. En caso que su compañía de seguros solicite un reembolso de los pagos hechos, usted será responsable de la cantidad de dinero consolidada a su compañía de seguros. En el acontecimiento su compañía establece un generalmente interno y horario acostumbrado del honorario, usted será responsable de la diferencia restante.

Si cualquier pago se hace directamente usted para los servicios mandados la cuenta por nosotros, usted reconoce una obligación de someter puntualmente iguales a la terapia de la comprobación de Jimenez El antedicho puede no solicitar esos pacientes que se consideren la remuneración del trabajador. Sin embargo, aconséjese si usted demanda las ventajas de la remuneración del trabajador y se niega posteriormente tales ventajas, usted puede ser considerado responsable de la cantidad total de cargas para los servicios rendidos a usted.

Cuando usted paga por el cheque, usted expreso autoriza Jimenez que la terapia física, si su cheque se deshonra o se vuelve por cualquier razón, al debe su explica electrónicamente la cantidad del cheque más un honorario de proceso hasta del límite legal máximo del estado (más cualquier impuesto de ventas aplicable). Por favor nota: la lengua antedicha autoriza un debe electrónico a su explica el honorario estado-permitido de la recuperación. De acuerdo con las reglas de la asociación automatizada nacional de la cámara de compensación, usted puede llamar (888) 235-4635 para revocar la autorización para la transacción electrónica. Esto, sin embargo, no significa que la terapia física de Jimenez no puede recoger un honorario vuelto del cheque por otros métodos.

Entiendo y convengo que si no puedo hacer cualesquiera de los pagos de los cuales soy responsable de una manera oportuna, seré responsable de todos los costes de recoger los dineros debidos, incluyendo los costes de la corte, honorarios de agencia de colección, y los honorarios del abogado.

Aislamiento De la Información: La terapia física de Jimenez utilizará y divulgará su información personal de la salud para tratarle, para recibir el pago para el cuidado que proporcionamos, y para otras operaciones del cuidado médico. Las operaciones del cuidado médico incluyen generalmente esas actividades que nos realizamos para mejorar la calidad del cuidado. Hemos preparado un aviso detallado de las prácticas de la aislamiento de ayudarle mejor a entender nuestras políticas en respeto a su información personal de la salud. Los términos del aviso pueden cambiar con tiempo y fijaremos el aviso actual en nuestra facilidad y tendremos siempre copias disponibles para la distribución. El infrascrito reconoce el recibo de esta información.

Entiendo mi responsabilidad del pago de mi cuenta.

Paciente/Guarda/Fecha Responsable ____/____/____ Del _____ Del Partido