

## Formulario de Consentimiento y Condiciones de Servicio

<b>Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)</b>	<b>Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)</b>	<b>(Para Uso de Oficina) Iniciales del Testigo:</b>
<p><b>Bienvenido al Servicio de Rehabilitación de Mountain Land (MLR). Gracias por elegir MLR para que sea su proveedor terapéutico.</b> Nuestros terapeutas tienen licencia y están entrenados para utilizar técnicas de evaluación y tratamiento para ayudarlo a alcanzar nuevamente su nivel de actividad óptima. Así como sucede con todos los tratamientos médicos, estamos obligados a informarle que hay riesgos potenciales asociados con este tratamiento. Debido a que la respuesta física a la terapia puede variar ampliamente de persona a persona, no siempre es posible predecir su respuesta a ciertos ejercicios o procedimientos. Es posible que la terapia cause dolor, lesiones o pueda agravar una condición previa existente. Lo alentamos a que se comunique abiertamente con su terapeuta durante la evaluación y el proceso de tratamiento. Usted tiene el derecho de rechazar cualquier parte del tratamiento en cualquier momento antes o durante la sesión de tratamiento.</p>		
<p><b>Divulgación de Información y HIPAA/Reconocimiento de Privacidad:</b> MLR es requerido por ley (Oficina de Derechos Civiles) proteger la privacidad de sus registros médicos. MLR utiliza y divulga registros médicos SÓLO de acuerdo a las leyes de privacidad estatales y federales (HIPAA). Los usos y divulgaciones están descritos en la Notificación de Prácticas de la Privacidad de MLR. Usted puede solicitar una copia de este documento en cualquier momento.</p>		
<b>Yo reconozco que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de la Privacidad de MLR.</b>		<b>Iniciales</b> _____
<p><b>Autorización del Registro Médico del Paciente:</b> Yo autorizo a MLR a proveer mi información confidencial de salud a las siguientes personas.</p>		
Nombre _____	Relación con el Paciente _____	
Nombre _____	Relación con el Paciente _____	
<p><b>Recordatorios de Visitas:</b> Yo autorizo a MLR a que me envíe recordatorios sobre las visitas a través de mensajes de texto o correo electrónico.</p>		
		<b>Iniciales</b> _____
<p><b>Yo entiendo y estoy de acuerdo con que se cobrará una tasa de \$25,00 si no proveo una notificación de cancelación antes de la finalización del día hábil anterior a la visita programada. Estas tasas deben ser pagadas antes de recibir el próximo tratamiento.</b></p>		
		<b>Iniciales</b> _____
<p><b>Responsabilidad Financiera:</b> Yo (Paciente o Representante Autorizado) acuerdo pagar cualquier costo no pagado por una compañía de seguro o tercero pagador (excluyendo los descuentos establecidos en el contrato) por el cuidado provisto. Entiendo que soy responsable de los copagos, deducibles, coseguros y/o los servicios que no se encuentran cubiertos. También acuerdo pagar una Tarifa del Mismo Día Ó un Precio Publicado por el cuidado provisto si no elijo que se le facture a mi seguro de salud.</p>		
		<b>Iniciales</b> _____
<p><b>Saldos de Cuenta No Resueltos:</b> Entiendo que no se acumula un interés y que los estados de las cuentas no se me envían hasta luego de que mi seguro haya pagado y yo adeude un saldo pendiente. Entiendo y acuerdo que cualquier saldo pendiente en mi cuenta que no es pagado dentro de los 30 días de la fecha de informe, acumula interés en una tasa de 1,5% por mes (18% por año). Entiendo que mi saldo pendiente será enviado a un cobrador de deudas si decido no pagar por el cuidado provisto. En el caso de que un saldo pendiente no pago sea puesto en manos de un cobrador de deudas o abogado, acuerdo pagar el saldo pendiente no pago (incluido el interés) y una comisión de cobro de hasta un 40%, además de todos los gastos de abogado.</p>		
		<b>Iniciales</b> _____
<p><b>SÓLO para Medicare/Medicaid/Tricare/Certificación de Pacientes de la Administración de Veteranos:</b> Yo certifico que la información provista por mí al aplicar por el pago bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguro Social, o en conexión con cualquier otro programa gubernamental, es correcta. Autorizo a que MLR divulgue documentación sobre los servicios terapéuticos a la Administración del Seguro Social, fiscal intermediario, pagador de seguro o agencia estatal para poder procesar un solicitud para mis servicios terapéuticos.</p>		
		<b>Iniciales</b> _____
<p><b>Asignación de Beneficios:</b> Solicito y autorizo a mi proveedor de seguro de salud que pague a MLR directamente por todos los cargos relacionados a los servicios que se me proveyeron por MLR u otros proveedores que han autorizado a MLR a facturar en su nombre.</p>		
		<b>Iniciales</b> _____
<p><b>Mis iniciales arriba y mi firma debajo confirman que he leído, entendido y que estoy de acuerdo a los términos de este formulario de autorización y que doy mi consentimiento para proceder con la evaluación y el tratamiento terapéutico correspondiente.</b></p>		
<p><b>Entiendo que tengo derecho a solicitar y obtener una copia de este documento. Este documento tendrá efecto a menos que sea revocado por escrito por el Paciente o Representante Autorizado.</b></p>		
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>	
<b>Nombre en Letra Imprenta:</b>	<b>Número de Seguro Social (Paciente o firmante):</b>	
<b>Si la persona firmante no es la misma que el paciente, complete la información debajo:</b>		
<b>Relación con el Paciente:</b>	<b>Fecha de Nacimiento del Firmante:</b>	