

| | | |
|--|--|--|
| Nombre del paciente (apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) | (Solo para uso de oficina) Iniciales del testigo: |
| Bienvenido a Mountain Land Rehabilitation (MLR). Gracias por elegir MLR como su proveedor de terapia. | | |
| <p>Avisos y derechos: nuestros terapeutas están autorizados y capacitados para utilizar técnicas de evaluación y tratamiento que lo ayuden a recuperar su nivel de actividad óptimo. Al igual que con toda la atención médica, estamos obligados a informarle que existen riesgos potenciales asociados con el tratamiento. Dado que la respuesta física a la terapia puede variar mucho de una persona a otra, no siempre es posible predecir su respuesta a ciertas prácticas o procedimientos. Es posible que la terapia pueda causar dolor, lesiones o agravar afecciones existentes previamente. Lo alentamos a comunicarse abiertamente con su terapeuta durante el proceso de evaluación y tratamiento. Tiene derecho a rechazar cualquier parte de su tratamiento en cualquier momento antes o durante una sesión de tratamiento.</p> | | |
| <p>Divulgación de información y Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)/Reconocimiento de privacidad: la ley (Oficina de Derechos Civiles) exige que MLR proteja la privacidad de sus expedientes médicos. MLR utiliza y divulga los expedientes médicos SOLAMENTE de conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales (HIPAA). Los usos y las divulgaciones se describen en el aviso de prácticas de privacidad de MLR. Con mi firma a continuación, reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de MLR.</p> | | |
| <p>Derechos del paciente: MLR ha escrito políticas y procedimientos que describen los derechos del paciente. Estas políticas se describen en el resumen de derechos del paciente de MLR. Puede solicitar una copia de este documento en cualquier momento. Con mi firma a continuación, reconozco que me han ofrecido una copia del Resumen de derechos del paciente de MLR.</p> | | |
| <p>Autorizo a MLR a discutir mi información confidencial de salud con las siguientes personas. (Esto no libera copias físicas de sus expedientes médicos. Se requiere un formulario de divulgación de expedientes médicos para que MLR proporcione sus registros a cualquier otra persona que no sea su médico referente).</p> | | |
| Nombre _____ Nombre _____ | Relación con el paciente _____ Relación con el paciente _____ | |
| <p>Comunicación electrónica: MLR puede elegir comunicarse con usted por correo electrónico y mensajes de texto relacionados con la programación y los asuntos de pago. Cualquier comunicación electrónica de MLR, que contenga Información de salud protegida, deberá estar encriptada. Para garantizar su privacidad, no responda a las comunicaciones electrónicas de MLR con la información de salud protegida. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajería y datos en los mensajes de texto.</p> | | |
| <p style="text-align: center;">Autorizo la recepción de mensajes de texto con mis iniciales. _____</p> | | |
| <p>Aviso de tarifa de cancelación: entiendo y acepto que se cobrará una tarifa de \$25.00 si no proporciono un aviso de cancelación antes del final del día hábil previo a una cita programada. Las tarifas cobradas deben pagarse antes de recibir el siguiente tratamiento.</p> | | |
| <p>Asignación de beneficios: solicito y autorizo a mi compañía de seguro médico para que pague directamente a MLR todos los cargos relacionados con los servicios que me haya brindado MLR u otros proveedores que hayan autorizado a MLR a facturar en su nombre.</p> | | |
| <p>Responsabilidad financiera: acepto pagar cualquier monto no pagado por una compañía de seguros u otro pagador (excluyendo los descuentos del contrato) por el cuidado que se proporcionó. Entiendo que soy responsable de todos los copagos, deducibles, coaseguros o servicios no cubiertos. También estoy de acuerdo en pagar una tarifa del mismo día O las tarifas a destajo publicadas por la atención que se prestó si elijo que no se le facture a mi seguro.</p> | | |
| <p>Saldo de cuentas no resueltos: entiendo que los intereses no se acumulan y los estados de cuenta no se me envían por correo hasta después de que mi(s) seguro(s) haya(n) pagado y me quede un saldo restante. Entiendo y acepto que cualquier saldo restante en mi cuenta, impago dentro de los 30 días de la fecha del estado de cuenta, devenga intereses a la tasa del 1.5 % mensual (18 % anual). Entiendo que mi saldo se enviará a una agencia de cobranza si elijo no pagar por la atención que se brindó. En el caso de que se coloque un saldo impago en una agencia de cobranza o se recurra un abogado, acepto pagar el saldo impago (incluidos los intereses) y una tarifa de cobro de hasta el 40 %, además de todos los honorarios relativos a los abogados.</p> | | |
| <p>SOLAMENTE para la certificación de pacientes de Medicare/Medicaid/Tricare/Administración de veteranos: certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago en virtud de los títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguro Social, o en relación con cualquier otro programa gubernamental, es correcta. Autorizo a MLR a divulgar la documentación relativa a mis servicios de terapia a la Administración del Seguro Social, al intermediario fiscal, al pagador de seguros o a la agencia estatal para procesar una reclamación por mis servicios de terapia.</p> | | |
| <p>Consentimiento: Con mi firma a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos de este formulario de autorización y doy mi consentimiento para proceder con la evaluación de la terapia y el tratamiento correspondiente. Entiendo que tengo derecho a solicitar y obtener una copia de este documento. Este documento permanecerá vigente a menos que sea revocado por escrito por el paciente o el representante autorizado.</p> | | |
| Firma: | Fecha: | |
| Nombre en letra de imprenta: | Número de seguro social (Paciente o Firmante): | |
| <p>Si el firmante es otra persona que no sea el paciente, complete la siguiente información:</p> | | |
| Relación con el paciente: | Fecha de nacimiento del firmante: | |