

患者姓名（姓氏，名字）	出生日期（月/日/年）	（辦公專用）見證人 簽名：				
<p><b>歡迎來到 Mountain Land Rehabilitation (MLR)。</b>感謝您選擇 MLR 為您提供治療。</p> <p><b>通知和權利：</b>我們獲得認證的治療師受過使用評估和治療技術的培訓，幫助您恢復到最佳活動狀態。與所有醫療保健一樣，我們有義務告知您，治療存在相關潛在風險。由於對治療的物理反應程度因人而異，因此不可能每次都能預測您對某些運動或計劃的反應。治療可能會引起疼痛、損傷，或加重先前就存在的病情。我們鼓勵您在評估和治療過程中與您的治療師坦誠溝通。您有權在治療前或治療期間隨時拒絕接受任何部分的治療。</p> <p><b>資訊披露及 HIPAA/隱私確認：</b>法律（民權辦公室）要求 MLR 保護您醫療記錄的隱私性。MLR 僅根據州和聯邦隱私法 (HIPAA) 使用和披露醫療記錄。《MLR 隱私慣例通知》中描述了如何使用和披露資訊。本人明白下方的簽名表明本人已獲得了一份《MLR 隱私慣例通知》副本。</p> <p><b>患者權利：</b>MLR 已編製描述患者權利的政策和程序。《MLR 隱私慣例通知》載有該等政策。您可隨時索要本文件的副本。本人明白下方的簽名表明本人已獲得了一份《MLR 患者權利摘要》副本。</p> <p>本人授權 MLR 與下列人員討論本人的機密健康資訊。（此舉不是發佈您的醫療記錄影本。MLR 需要一份醫療記錄授權協議書，以便將您的記錄提供給除了您諮詢醫生以外的任何人士。）</p> <table border="0" data-bbox="203 688 1446 758"> <tr> <td>姓名 _____</td> <td>與患者的關係 _____</td> </tr> <tr> <td>姓名 _____</td> <td>與患者的關係 _____</td> </tr> </table> <p><b>電子通訊：</b>MLR 可能會選擇以電子郵件和短訊方式與您溝通排程和付款事宜。任何包含受保護健康資訊的 MLR 電子通訊均會被加密。為確保您的隱私，請不要回覆帶有受保護健康資訊的 MLR 電子通訊。接收短訊可能需支付標準短訊及數據費用。</p> <p>本人透過簽名授權接短訊：_____</p> <p><b>取消費用須知：</b>本人明白並同意，如果本人未能於預約日前的工作日結束前通知取消，本人將會被收取 \$25.00 的費用，並必須在接受下一次治療之前支付罰款。</p> <p><b>保險付費：</b>本人請求並授權本人的健康保險承運人直接向 MLR 或其他授權 MLR 代其收費的提供商，支付為我提供的服務的相關所有費用。</p> <p><b>財務責任：</b>本人同意針對接受的醫療保健支付任何保險公司或其他協力廠商付款人未支付的費用（契約折扣除外）。本人明白本人需負責所有的共付額、免賠額、共同保險及/或非承保服務。本人也同意在或想要選擇不以保險支付時，支付當日費率或公佈的計件工資率。</p> <p><b>未決的帳戶餘額：</b>本人明白在保險付費完成且有剩餘金額需繳付之前，不會產生利息，也不會郵寄對帳單給本人。本人明白及同意本人帳戶內任何未於結單日期後 30 天內繳付的結餘，均須按每月 1.5%（每年 18%）的利率計算利息。本人明白如果本人選擇不繳付所提供的護理費用，本人的餘額將會轉介至收款公司。如果收款公司或律師代收未付餘額，本人同意支付未付餘額（包括利息），以及高達 40% 的催繳費用，以及所有相關的律師費。</p> <p><b>僅適用於 Medicare/Medicaid/Tricare/退伍軍人管理局患者證明：</b>本人特此證明，本人根據《社會安全法》第 18 條和第 19 條申請付款所提供的資訊，或所提供與其他政府專案相關的資訊都是真實準確的。本人授權 MLR 向社會安全管理局、財政仲介機構、保險付款人或州機構發佈有關本人治療服務的文件，以處理關於本人治療服務的索賠。</p> <p><b>同意書：</b>本人下方的簽名即表明本人確認已閱讀、理解並同意本授權書的條款，並同意進行治療評估和相應的治療。本人明白本人有權索取並獲得本文件的副本。除非患者或授權代表以書面形式撤銷本文件，否則本文件將繼續有效。</p>			姓名 _____	與患者的關係 _____	姓名 _____	與患者的關係 _____
姓名 _____	與患者的關係 _____					
姓名 _____	與患者的關係 _____					
簽名：	日期：					
姓名（正楷書寫）：	社會安全號碼（患者或簽名者）：					
如果簽名者非患者本人，請填寫下方資訊：						
與患者的關係：	簽名者出生日期：					