



Política de la Oficina

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD: Como padre y/o guarda legal, autorizo Central Valley Physical Therapy para tratar _____ (el nombre del menor de edad) mientras que no estoy presente.

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO O TRATAMIENTO: Su terapeuta físico terminará una evaluación por examinación y entrevista. Su programa individual del tratamiento entonces será diseñado. Una variedad de técnicas del tratamiento pueden ser utilizadas. Yo, el firmante, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que Central Valley Physical Therapy suministre el cuidado y el tratamiento de la terapia física considerado necesarios y apropiados en la evaluación o tratamiento de mi condición física.

ASIGNACIÓN DE LAS BENEFICIOS DE SEGURO: Autorizo por este medio Central Valley Physical Therapy para suministrar la información a los portadores de seguro referentes a este tratamiento y asigno por este medio todo el pago para los servicios hechos.

DEMANDAS DE LA REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES'(Workers' Compensation): Si reclama ventajas de la remuneración de trabajadores y después las ventajas están negadas, puede ser detenido responsable por tales ventajas por la cantidad total de cargas para los servicios hechos.

CANCELACIÓN; POLÍTICA DE LA AUSENCIA: Requerimos 24 horas de aviso en caso de cancelación. La carga para la cancelación sin el aviso apropiado es \$65 para una visita de la terapia física. Esta carga no será cubierta por el seguro, sino tendrá que ser pagada por ti personalmente antes de recibir el tratamiento adicional.

CO-PAYMENTS: Por nuestras pautas que entran en contacto con, los co-pagos son debidos a la hora de servicio.

NON-SUFFICIENT FINANCIERIA: Los cheques vueltos para los No-Suficientes fondos pueden estar cobrado un honorario de proceso \$25.

Paciente/guarda/fecha de firma responsable del partido

Fecha

Imprimir por favor el nombre

POLÍTICA FINANCIERA: Mandamos la cuenta a su portador de seguro personal solamente como cortesía. Es responsable de su cuenta. Si cambia cobertura de seguro mientras que experimenta el tratamiento, es su responsabilidad notificar la oficina de este cambio. Si su portador de seguro no remite el pago a nosotros en el plazo de 60 días, el equilibrio debido será debido por Ud. En caso que tu compañía de seguros pida un reembolso de los pagos hechos a nosotros, puedes ser responsable de la cantidad de dinero consolidada a tu compañía de seguros. Eventualmente el pago te es hecho directo por la compañía de seguros para los servicios mandados la cuenta por nosotros, tú reconoce una obligación de remitir puntualmente los pagos a nosotros. Si los procedimientos formales de las colecciones llegan a ser necesarios serás responsable de los costes adicionales contraídos. Tus ventajas de seguro según lo cotizado a nosotros por tu portador de seguro se han repasado con ti. No asumimos ninguna responsabilidad por ningunos errores hechos por tu portador de seguro en esta cita. Hemos repasado estas ventajas con ti y acuerdas pagar tu porción de esta cuenta. Además, entiendo que no puedo cambiar mi opción elegida del pago después de que se hayan hecho los servicios.

Yo elige un tarifa descontada por pagar en efectivo. Entiendo más lejos que no se mandará la cuenta a ninguna compañía de seguros y que no puedo cambiar de esta opción durante mi curso del tratamiento. _____ (por favor inicial)

He recibido una impresión del contenido de mis beneficios. Entiendo que últimamente es mi responsabilidad de saber la extensión de mis beneficios. _____ (por favor inicial).

El acceso del Web no está disponible, por favor llamen a _____ para la verificación de las ventajas de seguro.

La información financiera antedicha se ha leído y se ha explicado a mí. ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD DEL PAGO DE MI CUENTA.

Paciente/guarda/fecha de firma responsable del partido

Fecha

Imprimir por favor el nombre

Fecha del representante de la clínica

Fecha