

TERAPIA FÍSICA DE DUBUQUE

Clínica Delhi
1705 Delhi St, LL
Dubuque, Iowa 52001
Telephico: 563-582-4170 FAX: 563-582-4181

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

****ES IMPORTANTE QUE EL PACIENTE REVISE SUS BENEFICIOS DE FISIOTERAPIA CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS, YA QUE TODAS LAS PÓLIZAS TIENEN DIFERENTES BENEFICIOS Y LIMITACIONES****

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Me doy cuenta de que mi seguro se factura como cortesía. Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que estén cubiertos o no por el seguro, a menos que mi compañía de seguros tenga un acuerdo de proveedor con Dubuque Physical Therapy.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento al plan de atención y tratamiento por parte del terapeuta y/o sus asistentes. Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Dubuque Physical Therapy por servicios y / o suministros suministrados. Entiendo y acepto que, independientemente de mi estado de seguro, soy en última instancia responsable del saldo de mi cuenta. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica requerida para procesar mi reclamo de seguro. Si se trata de un reclamo de compensación laboral, la autorización se extiende a mi empleador, compañía de seguros de compensación laboral, ajustador, especialista en salud ocupacional, especialista en rehabilitación, administrador de casos o representante de mi empleador. Permito que una copia de esta autorización sea tan válida como el original.

****Habrá un cargo de \$35.00 por todos los cheques devueltos.****

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN

Dubuque Physical Therapy considera que la cancelación de su cita o no presentarse a su cita es un problema grave, ya que puede hacer la diferencia entre si alcanzará o no sus metas de tratamiento.

! Requiere 24 horas de anticipación

! Requiere reprogramar una cita alternativa para que pueda recibir la frecuencia prescrita de los tratamientos para la semana

Puede haber un cargo de \$ 70.00 por no presentarse o cancelar una cita sin previo aviso o sin reprogramación. Este cargo no está cubierto por el seguro y se le facturará personalmente. Si hay una circunstancia atenuante, por favor deje que la recepcionista médica sepa.

ESTO CERTIFICA QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR Y ESTOY DE ACUERDO Y RECONOZCO QUE SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE REVISAR UNA COPIA DEL "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD" DE DUBUQUE PHYSICAL THERAPY.

Paciente Signature _____

Si el paciente es menor de 18 años de edad, el padre o tutor legal debe firmar la fecha

Nombre del paciente: _____ Date de nacimiento: _____

Dirección de pacientes: _____ Gender: M/ F

Ciudad # _____ Dirección de correo electrónico de los pacientes: _____ # _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Policy Fecha de Birth _____

Póliza de Company _____ de Seguros #/ ID # _____ Group # _____

¿Cómo se enteró de nosotros: Radio: _____ Friend Referral _____ Doctor Referral _____ Internet _____ Other _____

Emergencia Nombre# _____ Relationship _____ telefónico de Contact de
emergencia _____

INFORMACION DE COMP DE TRABAJO:

CasoManager _____ Teléfono # _____

¿Podemos dejar información sobre sus citas, así como otra información médica en su correo de voz / contestador
automático? ☐ Sí ☐ No