

## **CESIÓN Y LIBERACIÓN**

Yo certifico que toda la información en la página anterior es correcto como se indica y que yo o mi dependiente (s), tienen una cobertura de seguro de salud que se enumeran en la página anterior, y asignar directamente a la columna vertebral AGILIDAD y terapia física deportiva, los beneficios del seguro, en su caso , de otro modo pagadero a mí para los servicios necesarios. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi seguro. Yo entiendo que soy responsable de mis compañeros de pagos / co-seguro \*, que se debe al momento del tratamiento, y cualquier deducible que no se ha cumplido. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las formas de seguros. La planta de arriba mencionado (incluyendo sus empleados) pueden usar la información de mi tratamiento, atención y divulgar dicha información a la compañía de seguros antes mencionado (s) y sus agentes con el propósito de pago de los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por relación los servicios. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual se complete o un año desde la fecha de la firma a continuación.

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO / AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

Yo, o mi representante, reconociendo la necesidad de atención, el consentimiento de todos los servicios solicitados o estime oportuno por mi médico y médico o fisioterapeuta. He recibido y entendido la MDR Física Terapia Inc., dba COLUMNA AGILIDAD Y DEPORTES PT Aviso de prácticas de privacidad. Yo entiendo que COLUMNA AGILIDAD Y DEPORTES PT puede usar o divulgar mi información médica personal para los fines de llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y las actividades administrativas relacionadas con el tratamiento o el pago. Yo entiendo que COLUMNA AGILIDAD Y DEPORTES PT tendrá en cuenta las solicitudes de restricción sobre una base caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo a las solicitudes de restricciones. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información personal de salud con fines como se indica en la columna AGILIDAD Y DEPORTES PT aviso de las prácticas de la Información. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificando la práctica por escrito en cualquier momento.

## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

En la columna de agilidad y PT Deportes, que toma su tiempo y un tratamiento serio. Es importante para el avance de su tratamiento que usted asista a todas sus citas. Yo entiendo que las cancelaciones SIN 24 horas en anticipación o "no-shows" serán sujetas a un cargo de oficina de \$ 25.00. Su seguro (incluso los trabajadores de un borrador) no cubre este cargo. Yo entiendo que si mi compañía de seguros no cubre los insumos utilizados en mi tratamiento que se hace responsable por ellos.

He leído y entendido toda la información proporcionada anteriormente. También entiendo que yo soy el responsable último de la balanza de servicios profesionales prestados. Toda la información que he dado a la agilidad es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en notificar a SPINE AGILIDAD Y DEPORTES PT de cualquier cambio de mi seguro y la información proporcionada.

---

(POR FAVOR EL NOMBRE DEL PACIENTE)

---

(FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL)

---

(FECHA DE HOY)

---

(NOMBRE DE TUTOR)

**\* Co-seguro es un método de reparto de costes utilizados por las compañías de seguros. Su compañía de seguros garantiza el pago de un porcentaje de su tratamiento, y usted es responsable por el resto. Nosotros usamos una estimación para determinar su co-seguro de la cantidad debida. No podemos garantizar que la cantidad que usted paga se cubren los cargos exactos de su seguro, y puede haber un balance al final de su tratamiento.**

---

(INICIALES)

**\* Su política está sujeta a un deducible, estamos de acuerdo en aplicar todo el dinero recibido en nuestra oficina para que los deducibles, pero no podemos garantizar que no habrá un saldo restante de su seguro. Le animamos a que contacte con su compañía de seguros directamente si tiene alguna duda más allá de nuestra explicación.**

---

(INICIALES)