

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE LA INFORMACION Y EL CONCENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

El firmante por este medio autoriza ***Family Physical Therapy & Sports Center*** para suministrar de sus registros medicos solicita informacion o extractos de los medicos de referencia, en su caso, y al Medicaid y Medicare, o cualquier compania de seguros con el fin de tramitar las solicitudes y obtener el pago de la cuenta por los servicios prestados a el paciente. Al firmar esta autorizacion del paciente, padre o tutor legal del paciente por este medio da autorizacion al tratamiento medico.

Comunicado de Medicare

Certifico que la informacion dada por mi en solicitar el pago bajo el titulo XVIII de la ley de, seguro social es correcta. Yo autorizo acualquier poseedor de informacion medica o de otro tipo que libere a la administracion del seguro social sus intermediaries o portadores cualquier beneficios autorizados en mi nombre.

Acuerdo Financiero

El firmante por este medio esta de acuerdo en que, en concideracion de los servicios a ser prestados al paciente, debe pagar a ***Family Physical Therapy & Sports Center*** de acuerdo con la tarifa normal y la poliza de pago de oficinas. Algunas companies de seguros no pagaran por los paquetes de frio/ calor. Estos son los servicios facturables y se deben por el paciente.

Un cargo por pago tardio sera cargado a todo saldo de cuenta vencida despues de 60 dias.

Compensacion del Trabajador

Por favor notifique a la recepcionista si se trata de una lesion de compensacion del trabajador.

Compensacion de cualquier paciente reclamando del trabajador debe traer el aviso de la lesion de su empleador antes de que se conviertita en el seguro de compensacion al trabajador. De lo contrario toda la facturacion se presentara a un seguro medico.

Efectivo el 5 de Mayo del 2008 se implementara una politica de NO SHOW. Se le cobrara un cargo de \$25.00 por cada no show cita. Esto sera a su propia cuenta.

El firmante certifica que el/ella ha leido lo anterior, y es el paciente o esta debidamente autorizado por o en nombre del paciente para ejecutar lo anterior y acepta sus terminos .

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o Padre/ Tutor Legal)