

Yo doy mi consentimiento por el uso o la divulgación de la información de mi salud protegido por TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. para la evaluación o prestación de tratamiento para mí, y por obtener los pagos para la factura de salud o la realización de operaciones de atención médica de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. Yo entiendo que la evaluación o el tratamiento de mi por TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico Inc. puede ser condicionada por mi consentimiento como evidencia de mi firma en este documento.

Yo entiendo que yo tengo el derecho para solicitar un restricción en cuanto mi información protegida de salud va ser utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o operaciones atención médica de la práctica. TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. No esta obligado de aceptar los restricciones que yo solicite, pero, si TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. acepta las restricciones que solicite, el restricción sea de acuerdo con TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, escrito, en cual menos que TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. a tomado acción en confianza en este consentimiento.

Mi "información de salud protegida", incluye mi información de demográfica, de mi y creído o recibido de mi terapeuta, otra proveedor de atención médica, el plan de salud, mi empleador, o un centro de atención de la salud. Este información de salud protegido se refiere con mi pasado, el presente o mi futuro físico o salud mental o condenación y me identifica, o que existe una base razonable para creer que la información que pueda identificarme.

Yo entiendo que yo tengo el derecho de revisar el aviso de las prácticas de privacidad de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. antes de firmar este documento. Me dieron el aviso de las prácticas de privacidad de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. El aviso de las prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de cuidado de la salud de la TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. El aviso de prácticas de privacidad, también esta disponible en el recepción y por el internet de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. al sitio [www.myTERRIO.com](http://www.myTERRIO.com). Este aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y el trabajo de TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. con respecto mi información de salud protegido. TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. tiene el derecho para cambiar el aviso de prácticas privacidad para que refleje cual que cambios de las políticas federales HIPPA. Yo puedo obtener un revisión de el aviso de practicas de privacidad por el sitio, o sin no puedo llamar la oficina para que me manda una copia firmada por el coreó, o le pregunto hasta mi siguiente sita.

Iniciales de Paciente/ Tutor: \_\_\_\_\_

**Liberar de Información:**

La firma abajo autoriza TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, sea firmado como paciente o tutor, divulga la información medical solicitado por las compañías de seguros, empleadores, y otro partes responsables, menos que se indique lo contrario. Si la autorización para divulgar información es negada, pago por servicios prestados será exigible en el momento de los servicios. **\*\*POR FAVOR INDIQUE ABAJO UN REPRESENTANTE DEL HOGAR QUE TERRIO FISIOTERAPIA Y MANTENIMIENTO FISICO, INCORPORADO. PUEDE DISCUTIR SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD \*\***

Nombre de Representante del Hogar: \_\_\_\_\_

Iniciales de Paciente/ Tutor : \_\_\_\_\_

**Asignación de los Beneficios de Seguro**

La firma abajo acepta, sea paciente o tutor, pagos directamente para TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. por cual que beneficios de seguro o si no por otro nombre de o en nombre de los firmantes para su evaluación y tratamiento. Es entendido que la firma de él o ella son responsable de los cargos que no están cubierto con este asignación. Yo entiendo que es posible que me puede cobrar con cualquier copagos o participe o costo y que yo soy responsable de los pagos cualquier cargo que puede ser debido. Yo entiendo que me puede cobrar en mi cuenta, \$28.00 de cargos no pagado a tiempo si no lo pago entre 60 días de la balanza que esta trasferido de mi seguro a mi miso. Todos los copagos se tienen que pagar al tiempo del servicio. También yo doy permiso que TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. depositen cheques recibido en mi cuenta cuando ha hecho para mí.

Iniciales de Paciente/ Tutor: \_\_\_\_\_

**Cancelación/Póliza de no estar Presente**

Todas las familias deben to hablar 12 horas antes de su cita para cancelar para prevenir un cobro de \$50 por cancelacion o aver perdido la cita. Todas las citas perdidas son documentadas en el archivo de su hija/hijo. Debido a los numeros de ninos que necesitan y la disponibilidad en TERRIOKids, si su hijo/hija pierde mas de 3 citas seguidas o 4 de las citas de 6 citas, el/ella va hacer quitada del horario. Entendemos que va haber de circunstancias atenuantes, a veces y cremos que esto permite una mejor flexibilidad. Si no hay un intento de hacer otra cita, TERRIO Physical Therapy-Fitness, Inc va intentar de ponerse en contacto con los Padres o guardian del paciente. Despues de la tercera falta de intentar de hacer otra cita para el pacient, el Terapista se pondra en contacto con el Medico y les avisara que fue dado de alta por la falta de cumplimiento del paciente. Esta Poliza va ayudar de asegurarse el tratamiento necesario para un recuperacion rapido y apreciamos su cooperacion con esta poliza.

Iniciales de paciente/ Tutor: \_\_\_\_\_

**Autorización para Mensajes con Detalles:**

Yo doy consentimiento ha TERRIO Fisioterapia y Mantenimiento Físico, Inc. para que deje información con detalles a un persona o en una maquina de voz por lo que se refiere de los tratamientos, confirmación de citas, información de cargos, o otro información relacionada. Menos que me notificaron por escrito, este consentimiento permanecerá en efecto preminentemente.

Por favor escribe los números de teléfono que TERRIO puede dejar información:

1. Casa: \_\_\_\_\_
2. Celular: \_\_\_\_\_
3. Trabajo: \_\_\_\_\_

Iniciales de paciente/ Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente (letra despegada): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_