



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Número de Seguro Medico: _____ Número Social: _____

Nombre del medico: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Preocupaciones: _____

Autorización para el tratamiento: El abajo firmante autoriza a Therapy Station, Inc. empleados y/o contratistas (denominados "Proveedores") para brindar terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, intervención temprana, Audiología, servicios psicológicos u otros servicios relacionados (denominados "servicios de terapia") que proveedor o médico del paciente determinen que sean necesarios. Los abajo firmantes acuerdan cooperar con todas las solicitudes razonables de proveedor en relación con la representación del proveedor de servicios de terapia.

Asignación de beneficios: El abajo firmante presente asignar y transferir al proveedor el derecho a terceros pagos (incluyendo Medicaid o beneficios de seguros privados) a la cual los abajo firmantes pueden ser o tengan derecho a terapia servicios prestados por el proveedor. El abajo firmante autoriza al proveedor para aplicar y archivar todos los pagos de beneficios en nombre del paciente y que dichos pagos se haran directamente al proveedor. Cualquier beneficios recibidos por el abajo firmante por los servicios prestados por el proveedor se abonará al proveedor.

Responsabilidad de pago: El abajo firmante será financieramente responsable por cualquier porción de los cargos del proveedor que no es pagado por el seguro, excepto en el caso de seguros, servicios prestados a los clientes de Medicaid. El abajo firmante se compromete a ejecutar todos los documentos y realizar todos los actos que razonablemente puede solicitar proveedor para asegurarse de que todos los beneficios de terceros para servicios de terapia son pagados al proveedor.

Información de la versión: El abajo firmante certifica que toda la información proporcionada al proveedor es verdadera y exacta. El abajo firmante autoriza al proveedor a revelar cualquier información, médica y no médica en relación con el diagnóstico o tratamiento, para cualquier médico, agencia del gobierno (incluyendo el Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos, o cualquiera de sus intermediarios o portadores), compañía de seguros o proveedor de salud solicitando dicha información del paciente. El abajo firmante se compromete a permitir al proveedor acceso a registros médicos del paciente y se compromete a realizar copias de dichos registros. El abajo firmante presta su consentimiento para la opinion del proveedor. De la condición acerca médica del paciente con miembros de la familia, médicos o propósitos de la administración de reclamos del paciente.

Política de cancelación: Para asegurar que nuestros terapeutas pueden planificar más eficazmente su tiempo para satisfacer las necesidades de los niños, les pedimos a los padres llamar a la Therapy Station, Inc. o al terapeuta cualquier cancelación con menos de 24 horas aviso. Correo de voz de Therapy Station está disponible las 24 horas del día. Alentamos a las familias a reprogramar la sesion cancelada siempre que sea posible. Therapy Station, Inc. está cerrado en días festivos principales. Sin embargo, terapeutas suelen elegir ver a los clientes en los otros días festivos durante el año y durante las vacaciones escolares. Por favor haga arreglos si no asiste en esos días. Asistencia consistente es importante para asegurar un progreso óptimo de su hijo. **Nota: Si un padre o tutor cancela más que 20% de las sesiones de tratamiento durante un período de 8 semanas o tres 3 sesiones de tratamiento consecutivos, nos reservamos el derecho a la descarga al paciente inmediatamente, sin previo aviso.**

Enfermedad: Proveedor puede solicitar un certificado médico para todas las enfermedades en las que el niño puede contagiar a otros niños o cuando una enfermedad ocasiona varias ausencias de las terapias programadas.

Consentimiento de la foto: El abajo firmante consiente expresamente para que Therapy Station, Inc. fotografíar a su niño con fines de documentación o con fines de marketing.

He leído y comprendido la información de arriba. Acepto los términos y condiciones y doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento.

Padre/El Guardian firma: _____ Fecha: _____

Padre/Firma Nombre impreso: _____