

Consentimiento para el Tratamiento, Pago y Servicios Médicos:

Yo doy permiso para el uso o divulgación de mis datos médicos protegidos por TERRIO Therapy-Fitness Inc., con el propósito de evaluar o proporcionar tratamiento a mí personalmente y obteniendo pago de mi factura de salud, o proporcionando servicios médicos en TERRIO Therapy-Fitness, Inc. Yo entiendo que mis evaluaciones o tratamiento por TERRIO Therapy-Fitness Inc. pueden depender de mi consentimiento como evidenciado por mi firma en este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción sobre como se use o divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago o servicios de salud en la clínica. No se requiere que TERRIO Therapy-Fitness, Inc. acepte las limitaciones que yo pueda pedir. Sin embargo, si TERRIO Therapy-Fitness, Inc. acepta una de mis limitaciones, dicha limitación será obligatorio para TERRIO Therapy-Fitness, Inc.

Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, a cualquier hora, salvo hasta tal grado que TERRIO Therapy-Fitness, Inc. ha tomado acción con resguardo en este consentimiento.

Mis "datos médicos protegidos" se refiere a información médica, incluyendo mi información demográfica, obtenida de mí y creada o recibida por mi terapeuta, otro proveedor de servicios médicos, plan médico, mi empleador o un centro distribuidor de datos de servicios médicos. Dicha información médica se refiere a mi salud física, mental o condición del pasado, presente o futuro incluso y me identifica, o que hay una base razonable para creer que tal información pueda identificarme.

Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso que se provee como requisito de la Ley de Traspaso y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA, siglas en ingles) de Prácticas de Protección de la Información Privada de TERRIO Therapy-Fitness Inc. antes de firmar este documento. Me han proveído el Aviso HIPPA de Prácticas de Protección de la Información Privada de TERRIO Therapy-Fitness, Inc. Dicho Aviso HIPPA de Prácticas de Protección de la Información Privada describe los tipos de usos y divulgación de mi información médica protegida que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en el desempeño de servicios médicos en TERRIO Therapy-Fitness, Inc. Además el Aviso HIPPA de Prácticas de Protección de la Información Privada de TERRIO Therapy-Fitness, Inc. está disponible en la sala de recepción y en la página electrónica de TERRIO Therapy-Fitness, Inc. en www.myTERRIO.com. Dicho Aviso HIPPA de Prácticas de Protección de la Información Privada también describe mis derechos y las obligaciones de TERRIO Therapy-Fitness, Inc. con respecto a mi información médica protegida.

TERRIO Therapy-Fitness, Inc. reserva sus derechos de alterar el Aviso HIPPA de Prácticas de Protección de la Información Privada de TERRIO Therapy-Fitness, Inc. para reflejar cualesquiera cambios hechos a las pólizas federales de HIPPA. Yo puedo obtener una copia actualizada del Aviso de Protección de la Información Privada por medio de la página electrónica de TERRIO Therapy-Fitness, Inc. llamando a la oficina y pidiendo que una copia actualizada sea enviada por correo, o pediéndola durante mi próxima cita.

Iniciales del Paciente / Tutor Legal: _____

Divulgación de Información

El infrascrito de cualquier manera firmando como paciente o tutor legal da autorización a TERRIO Therapy-Fitness, Inc. para divulgar información médica pedida por las compañías de seguro, empleadores, y otras partes responsables, a menos que de otra manera esté dirigido. Si dicha autorización es negada, el pago por los servicios proporcionados será necesario a la hora de la cita.

Iniciales del Paciente / Tutor Legal: _____

Cesión de Beneficios de Seguros

El infrascrito de cualquier manera firmando como paciente o tutor legal está de acuerdo con el pago directo a TERRIO Therapy-Fitness, Inc. de cualesquier beneficios de seguros de otro modo pagables a, o a favor de, el infrascrito para las evaluaciones y los tratamientos. Está comprendido por el infrascrito que él / ella es financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta cesión. Yo entiendo que cualquier co-pago, o participación, o el costo médico será cobrado y que yo soy responsable por pagar cualquier cobro o deducible que sea debido. Todos los co-pagos deben pagarse a la hora de la visita. También autorizo a Terrio Therapy-Fitness para depositar los cheques recibidos en mi cuenta cuando se hacen a mi nombre.

Iniciales del Paciente / Tutor Legal: _____

Póliza de Cancelaciones / Falta de Cumplir:

A partir del 1º de enero de 2009 todos los pacientes que faltan en presentarse a su cita sin aviso se les cobrará una cuota de \$15.00. Favor de llamar antes de su cita para cancelar si no podrá asistir a su sesión. Se documentan todas las citas perdidas en su expediente. Si ningún esfuerzo ha sido echo para reprogramar la cita, TERRIO Therapy-Fitness, Inc. procurará contactar al paciente. Después del tercer intento sin poder hacer otra cita para el paciente, el terapeuta contactará al médico que lo refirió y le recomendará discontinuación de la fisioterapia debido a incumplimiento por el paciente. Esta póliza ayuda a asegurar el tratamiento necesario para la recuperación rápida y le agradecemos su cooperación con esta póliza.

Iniciales del Paciente / Tutor Legal: _____

Autorización para el Uso de Fotografías

Yo autorizo por la presente a TERRIO Therapy-Fitness, Inc. tomar fotografía de mí (mi hijo(a), si firmado por el padre un menor de edad) durante cualquier / todos aspectos de mí tratamiento o de los tratamientos de mi hijo(a) y utilizar dichos imágenes con el propósito del mercadeo, incluyendo la televisión, impreso, y el Internet.

Iniciales del Paciente / Tutor Legal: _____

Autorización del Paciente / Tutor Legal para Tratamiento

Yo concedo mi consentimiento por la presente para la evaluación de terapia física y tratamientos prestados por TERRIO Therapy-Fitness, Inc. Además, mis iniciales indican que yo e leído y acepto respectivamente los asuntos antes escritos.

Iniciales del Paciente / Tutor Legal: _____

Nombre del Paciente / Tutor Legal: _____

Firma del Paciente / Tutor Legal: _____