

I.H.P.T.

INDUSTRIAL HAND & PHYSICAL THERAPY, Inc.

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

I, abajo firmantes, por medio del presente acuerdo y dar mi consentimiento a mano industriales y la Terapia Física, Inc. para proporcionar física/ocupacional recidiva evaluación, atención y tratamiento a _____

Considera necesario y adecuado en ayudar al médico a diagnosticar o tratar mi/su físico y/o mental.

Esto pueden incluir: modalidades de paquete caliente/frío, mecánico/manual tracción cervical/pélvico, estimulación muscular eléctrica, dispositivo vasopneumatic, baño de parafina, whirlpool, iontoforesis con Nod, baño de contraste, ecografía con/sin crema de hidrocortisona estimulación eléctrica neuromuscular-educación, ejercicios terapéuticos, terapia acuática con ejercicios de entrenamiento, masaje, movilización de tejido blando conjunta, técnica de liberación miofascial, drenaje linfático manual, ortesis de la marcha actividades terapéuticas, instalación y capacitación, auto cuidado/casa adiestramiento para la gestión, la integración de la comunidad de trabajo, músculo pruebas, rango de movimiento prueba, prueba somatosensorial, endurecimiento por deformación/acondicionado, entrenamiento protésico, formación de gestión/propulsión de silla de ruedas, desarrollo de habilidades cognitivas, neuroestimulación eléctrica transcutánea, procedimiento de cuidado de heridas, cambios de los apósitos, acupresión sobre punto de activación, tensión/counterstrain, carga de estrés, equipo de adaptación, técnicas de protección de las articulaciones y uso de equipos de ejercicio de la terapia; suministros y materiales como sean ocupados. Puede incluir el cuidado de su evaluación y tratamiento de las zonas del cuerpo que no son dolorosos y lejos del lugar doloroso. Esto a veces es necesario para corregir un problema en un área relacionada funcionalmente que puede estar causando el dolor. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a su tratamiento sienta por favor libre para discutirlos con tu terapeuta.

Firma de Patient/Client/Guardian _____ Fecha _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

I, queda asignar todas las prestaciones médicas a los grandes beneficios médicos a que tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro médico privado, HMO, PPO, compensación a los trabajadores y terceros pagadores de mano industriales y la Terapia Física, Inc. . Un duplicado NCR copia de esta asignación se ha de considerar como válido y el original. YO, autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria, incluyendo los registros médicos, para asegurar el pago.

Firma de Patient/Client/Guardian _____ Fecha _____

ESTADO FINANCIERO DE LA POLÍTICA

Industrial Hand and Physical Therapy, Inc. le facturará a mi aseguradora únicamente como una cortesía a mí. Soy responsable por el billete entero cuando se prestan los servicios. Haré los arreglos para el pago de mi cuota estimada hoy en día. Si mi compañía de seguros no remitir el pago dentro de 60 días, el saldo será debido en completo de mí y voy a hacer todos los esfuerzos para ayudar a obtener pago de mi compañía de seguros. En caso de que mi compañía de seguros solicita la devolución del pago realizado, yo seré responsable por la cantidad de dinero reembolsado a mi compañía de seguros. En el caso de mi compañía de seguros establece un arancel habituales interno, yo seré responsable por la diferencia restante. Si cualquier pago se hace directamente a Servicios facturados por mano Industrial y terapia física, Inc., de reconocer la obligación de remitir puntualmente igual a Industrial Hand and Physical Therapy, Inc.

Lo anterior no se aplica para aquellos clientes que consideran compensación del trabajador. Sin embargo, yo me aconsejó que si reclamar beneficios de compensación del trabajador y posteriormente niegan tales beneficios, puedo ser hace responsable de la cantidad total de los cargos por los servicios prestados a mí.

Entiendo y acepto que si suspendo efectuar cualquiera de los pagos de que soy responsable de una manera oportuna, será responsable de todos los gastos de fondos de la Colección debidas, incluyendo los costos judiciales, honorarios de agencia de colección y honorarios de abogado. La información anterior ha sido leída por mí y tenía preguntas han sido contestadas. Entiendo que mi responsabilidad para el pago de mi cuenta.

Firma de Patient/Client/Guardian _____ Fecha _____

Representante del Centro/testigo _____ Fecha _____