

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Desea recordatorios de citas? Sí No

Nombre y número de teléfono del contacto de emergencia: _____

¿Relación con el paciente? Esposo Padre Hijo Otro _____

¿Tiene un médico de atención primaria? Sí No En caso afirmativo, sírvase proporcionar: _____

CESIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a Northern Rehabilitation and Sports Medicine Associates, Inc. (NRSMA) a obtener o divulgar toda la información de salud solicitada con respecto a la atención y el tratamiento de mí o mis dependientes de / a las compañías de seguros / seguro de compensación de trabajadores / empleador y los profesionales médicos mencionados anteriormente. También autorizo el pago a NRSMA del plan médico que de otro modo me correspondería.

Entiendo y acepto que, independientemente del estado del seguro, en última instancia soy financieramente responsable del pago total de los servicios prestados a mí o a mis dependientes en esta oficina. Al proporcionarnos su número de teléfono móvil/celular, por la presente nos otorga a nosotros, y a nuestros agentes o contratistas independientes, su consentimiento para recibir llamadas en su número de teléfono móvil/celular con fines de facturación y cobro de deudas. Además, cualquier saldo impago después de 90 días estará sujeto a cargos por intereses del 1-1/2% por mes o un mínimo de \$2.50 por mes.

Doy mi consentimiento para permitir que los fisioterapeutas y el personal clínico auxiliar de NRSMA proporcionen procedimientos de examen y tratamiento de fisioterapia.

Firma del paciente/tutor

Fecha

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este formulario. Según lo dispuesto en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada enviándonos una solicitud por escrito para obtener una copia revisada.

Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acusa recibo del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Northern Rehabilitation and Sports Medicine Associates.

Firma del paciente/tutor

Fecha