

Acuerdo de registro

NOMBRE DEL PACIENTE

- 1. Consentimiento médico** - el abajo firmante consiente al tratamiento y procedimientos que pueden realizarse durante las sesiones de terapia física, con personal de Loudoun terapia física, Inc. (LPT) bajo las instrucciones generales y especiales de la paciente médicos o cirujanos.
El paciente tiene derecho a conocer la identidad de quienes prestan atención a los pacientes incluidos los estudiantes, a rechazar cualquier tratamiento y a ser informado de las posibles consecuencias médicas de negativa. Mi firma en este documento indica mi consentimiento General para tratarse. Mi terapeuta y miembros de la terapia física de Loudoun, Inc. pueden solicitar que firmar una forma más específica relativa a cualquier procedimiento que puede llevar a cabo.
- 2. Publicación de información** - Loudoun terapia física, Inc. o los terapeutas de prestación de servicios en el centro de fisioterapia de Loudoun pueden revelar alguna o todas las partes de mis registros médicos a mi compañía de seguro y cualquier organización contractualmente responsable con objeto de satisfacer todos los cargos facturados por la terapia física de Loudoun. Además, autorizo Loudoun fisioterapia, para revelar cualquiera o partes de mis registros médicos a cualquier organización con el fin de organizar la atención continua lo considere necesarias, más entiendo que puede ser necesario para la terapia física de Loudoun, los terapeutas, o el personal de negocios para ponerse en contacto con mi/nuestro pasado o presente empleador con respecto a cualquier reclamación de seguros.
- 3. Requisitos de remisión Y PRECERTIFICACIÓN** - tomo quedará plenamente responsable de todas las referencias y requisitos pre-certificación como descrito o solicitado por mi compañía de seguros. Entiendo que es mi deber y responsabilidad para ponerse en contacto con la compañía de seguros para hacer las referencias se hayan expedido. Entiendo más que falta de remisión o información pre-certificación a la terapia física de Loudoun podría dar lugar a reducción o rechazado cobertura y que voy a tomar toda la responsabilidad por el pago de todos los saldos debidamente.
- 4. Responsabilidad financiera** - el abajo firmante se compromete y garantiza personalmente, en consideración de los servicios y materiales proporcionados por la terapia física de Loudoun, Inc. o los terapeutas que será responsable del pago íntegro de todas las facturas de Loudoun terapia física, Inc. y/o facturas del terapeuta. (En caso de que las cuentas pendientes de pago sean entregadas a una agencia fiscal o colección de colección, que voy a pagar honorarios de abogado de cien por ciento (100%); el interés sobre el saldo por pagar principal en la tasa de dieciocho (18%) por año; y otros honorarios y gastos de la Agencia de colección relacionados con este encuentran). El pago de su parte del proyecto de ley (copagos, porcentaje y deducible) por el paciente es debido a la hora de cada visita. Si no desea que las reclamaciones presentadas por nuestra oficina, el pago completo es debido en el momento de cada tratamiento prestado.
- 5. Política de cancelación** - si no puede faltar a su cita, para evitar los gastos de cancelación debe llamar **(12:00P.m el día anterior a su turno determinado del mediodía) en días normales del negocio LPT (excepto festivos)**. Cancelación tardía, no muestra y llegadas tardías después de 20 minutos te cobrará una **tarifa de \$50,00**. Su nombramiento perdida podría ser el nombramiento de otra persona. Si usted cancelar finales o no mostrar tres (3) veces en el curso de su tratamiento, se descargan automáticamente y no lo aceptaremos a nuestra práctica.
- 6. Objetos personales de valor** - crea liberar Loudoun terapia física, Inc. de toda responsabilidad para objetos de valor, dinero, personal o de otros bienes que se señalan el paciente en el momento del tratamiento. Loudoun terapia física, Inc. no asume ninguna responsabilidad por la seguridad de prótesis dentales o gafas como estos deben estar disponibles para el uso diario del paciente.
- 7. Terapeutas** - el abajo firmante reconoce que todos los terapeutas suministro de servicios al paciente factura bajo el nombre de grupo de Loudoun terapia física, Inc.
- 8. Otras condiciones** - los abajo firmantes más Estados que el anterior acuerdo de registro se ha leído cuidadosamente, y que conoce el contenido de los mismos y ha firmado como su propio acto libre y voluntaria y no ha influido en la ejecución de este acuerdo de registro por cualquier representante de Loudoun fisioterapia Inc. o sus agentes. Por la presente reconozco el carácter permanente de este acuerdo a menos que o hasta que retire por escrito por mí.
- 9. Asignación de beneficios** - la firmante queda autoriza Loudoun fisioterapia para solicitar beneficios en mi nombre por los servicios prestados por Loudoun fisioterapia y que los pagos se realizan directamente en LPT. Certifico que la información que he informado sobre mi seguro es correcta. También autorizo el grupo para liberar toda la información necesaria incluye información médica para este y cualquier reclamación relacionado, a fin de determinar los beneficios a los que tengo derecho. Me permito una copia de esta autorización para utilizarse en lugar de la original.

(Nombre de seguro de salud, es decir, Medicare HMO, PPO, himno, Blue Cross, compensación del trabajador, etc.).
