

## POLIZAS FINANCIERAS Y DE OFICINA

Bienvenido al Southern Oregon Physical Therapy Associates, Inc. (SOPTA, Inc.). Nuestro propósito es asistirlo a usted en su proceso de recuperación. Esperamos que podamos lograr esto a través de un esfuerzo conjunto con usted y su médico.

1. El pago es requerido en el momento en que Ud. recibe el servicio, excepto cuando haya lesiones y Seguros de Enfermedad relacionados con el trabajo. Si tiene seguro a Ud. le será requerido pagar el deducible, retribución, y algunos cargos proporcionales que su seguro no pague.
2. Como una cortesía, SOPTA, Inc. Nosotros le enviaremos la factura a su seguro. Sin embargo, usted tiene la responsabilidad de obtener el reembolso de su compañía de seguros. Cualquier saldo pendiente de deuda por la compañía de seguros es su responsabilidad de pagar dicho saldo. Le recomendamos que llame a su compañía de seguros para averiguar sus beneficios de la terapia física.
3. Si no estamos facturando a su seguro por usted, le ofrecemos un descuento del 20% por el pago en el momento del servicio.
4. Los cargos son determinados por el tiempo empleado y los procedimientos requeridos. Los cargos varían dependiendo del paciente, el diagnóstico y el tratamiento otorgados.
5. Todos los pacientes recibirán un estado mensual hasta que la cuenta se a pagada en su totalidad, incluyendo las lesiones relacionadas con el trabajo.
6. ***Para lograr el máximo beneficio de su terapia física, es imprescindible que usted asista a todas sus citas.*** Si Ud. no asiste constantemente su seguro de beneficio y / o el de compensación de trabajadores pueden verse afectados o denegados.
7. Es para su beneficio el estar aquí por lo menos 5 minutos antes de su cita médica. Este tiempo será utilizado para que Ud. se cambie de ropa, lo cual nos permitirá que el tiempo sea usado plenamente para su tratamiento. Por favor, vístase con ropa adecuada (pantalones cortos y cómodos que utilice para el gimnasio, etc.) ya que su tratamiento podría incluir el hacer ejercicio.
8. Si no puede asistir a una cita ya programada, se requiere un mínimo de 24 horas para avisar de su cancelación. Si está enfermo y no puede acudir a su cita, le solicitamos que nos avise con la mayor antelación posible. Si su enfermedad es contagiosa, por favor piense y absténgase de exponer a nuestro personal y otros a la enfermedad.
9. Debido al asma y a otras infecciones respiratorias que sufren algunas otras personas en la clínica, ***le suplicamos se abstenga de usar colonia o perfume.***
10. Si usted llama después de horas de trabajo para cancelar una cita, por favor dejar un mensaje de voz. SOPTA, Inc. se reserva el derecho a cobrar una tasa de ***\$50.00 dólares por no presentarse o si el aviso de cancelación es realizado en menos de las 24 horas.***
11. Nosotros no nos hacemos responsables por las joyas u otros objetos olvidados en los recintos.

(por favor llene al otro lado)

## AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo al Southern Oregon Physical Therapy Associates, Inc. para revelar a mi compañía de seguros cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento concerniente a mi enfermedad actual o alguna lesión. He leído, entendido, y acordado con las pólizas antes mencionadas y he recibido una copia de las mismas. (Si el paciente es un menor de edad, el padre o la madre o tutor deben firmar este documento.)

---

Paciente o padre / madre / tutor;

---

Fecha y Firma

---

Paciente o padre / madre / tutor; Nombre