

Amber Hill Physical Therapy

Consentimiento para Cuidado y Tratamiento

Yo, el abajo firmante, por la presente estoy de acuerdo y doy mi consentimiento a *Amber Hill Physical Therapy* a administrar asistencia médica y tratamiento a _____ considerado necesario y apropiado para diagnosticar o tratar su condición física.

Paciente/Guardián _____ Fecha ___/___/___

Asignación de Beneficios/Facilitación de Información

Por este medio adjudico todos los beneficios médicos a los cuales tengo derecho, incluso el seguro privado y cualquier otro plan médico, a *Amber Hill Physical Therapy*. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. Por este medio autorizo a dicho cesionario a facilitar toda la información necesaria, incluso Archivos Médicos, para asegurar pago.

Paciente/Guardián _____ Fecha ___/___/___

La programación y Política de Cancelación

Amber Hill Physical Therapy reserva el derecho de facturar el honorario de \$25 dólares si no somos notificados que usted no puede asistir a su cita prevista. Si usted no puede venir a la cita prevista, le pedimos que nos notifique tan pronto como sea posible, de modo que nosotros podamos proveer servicios a otros pacientes. La consistencia en el tratamiento es importante para el resultado de su rehabilitación, por lo tanto múltiples cancelaciones pueden resultar en la terminación de su tratamiento o la pérdida del turno deseado para la visita.

Si usted llega tarde a una cita puede ser que no podamos proveerle con el tratamiento, como cortesía a nuestros otros pacientes.

Paciente/Guardian _____ Fecha ___/___/___