POWER CENTER



PHYSICAL THERAPY

AQUATICS AND WELLNESS

A todos los pacientes de Power Center Physical Therapy:

Por favor tenga en cuenta que su póliza de aseguranza es un contrato entre usted y su compañía de aseguranza. Nosotros en Power Center haremos todo lo posible para obtener información completa y correcta de su aseguranza. Al hacer esto le informaremos sobre la información dada a nosotros.

En cualquier circunstancia donde la información es incorrecta y la compañía de aseguranza deja a usted, el paciente, con un saldo adeudado, usted será responsable por esa cantidad. Puede que sea el copago, deducible, o otro balance.

Por favor siéntase libre de contactar a su aseguranza para obtener información sobre su póliza. Nosotros en Power Center siempre estamos dispuestos de contactar a su aseguranza y estamos dispuestos en trabajar con usted sobre su saldo adeudado.

Gracias,
Power Center Physical Therapy

FIRMA DEL PACIENTE:_____

FECHA:_____

Uso de oficina solo para notas de aseguranza Fecha en que se habló la aseguranza:_____#Referencia:_____

Visita máxima de $75 si la aseguranza no paga.

Copago:_____

Coseguro:_____

Deducible:_____Cantidad Pagada:_____Cantidad Restante:_____

Fuera de su Bolsillo:_____Cantidad pagada de su bolsillo:_____Cantidad Restante:_____

Monto total estimado por fecha de servicio:_____

Colectada al tiempo de servicio:_____ Notas:_____

v.2025-04

PHYSICAL THERAPY
AQUATICS AND WELLNESS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

REGLAS IMPORTANTES DE LA COMPAÑIA

EN ORDEN DE PROPORCIONAR EL MEJOR CUIDADO POSIBLE, FAVOR DE ADHERIRSE A LAS POLÍTICAS SIGUIENTES: (INICIAR TODAS LAS CAJITAS)

☐ EL PAGO DE LOS SERVICIOS DEBE REALIZARSE AL MOMENTO DE SU PRESTACIÓN, A MENOS QUE EL PERSONAL DE PCPT HAYA APROBADO PREVIAMENTE LOS ACUERDOS DE PAGO(COPAGO, COASEGURO, DEDUCIBLE)

☐ SE APLICA UN CARGO DE $25.00 POR TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS. LOS SALDOS CON MÁS DE 30 DÍAS DE ANTIGÜEDAD PUEDEN ESTAR SUJETOS A CARGOS DE COBRANZA ADICIONALES Y CARGOS POR INTERESES DEL 1.5% MENSUAL.

☐ LAS CITAS CANCELADAS SIN PREVIO AVISO DE 24 HORAS SE COBRARÁN UNA TARIFA DE $25.00. SI NO SE PRESENTA A SU CITA PROGRAMADA, SE COBRARÁ UNA TARIFA DE $40.00. NO SE REALIZARÁN MÁS CITAS HASTA QUE SE PAGUEN ESTAS TARIFAS.

☐ SU SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE USTED, SU EMPLEADOR Y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. NO SOMOS PARTE DE ESE CONTRATO. NO TODOS LOS SERVICIOS SON UN BENEFICIO CUBIERTO EN TODOS LOS CONTRATOS. ALGUNAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SELECCIONAN ARBITRARIAMENTE CIERTOS SERVICIOS QUE NO CUBRIRÁN.

☐ NUESTRAS TARIFAS SE ENCUENTRAN DENTRO DEL RANGO ACEPTABLE PARA LA MAYORÍA DE LAS COMPAÑÍAS Y, POR LO TANTO, ESTÁN CUBIERTAS HASTA EL LÍMITE MÁXIMO ESTABLECIDO POR CADA UNA. ESTO APLICA ÚNICAMENTE A COMPAÑÍAS QUE PAGAN UN PORCENTAJE, COMO EL 50% O EL 80% DEL "U.C.R." (U.C.R.) SE DEFINE COMO USUAL, HABITUAL Y RAZONABLE. (ESTA DECLARACIÓN NO APLICA A COMPAÑÍAS QUE REEMBOLSAN SEGÚN UNA ESCALA ARBITRARIA DE TARIFAS, QUE NO GUARDA RELACIÓN CON EL ESTÁNDAR ACTUAL NI CON EL COSTO DE LA ATENCIÓN EN ESTE ÁMBITO).

☐ HE LEÍDO LA DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD.

☐ RECONOZCO QUE MI PROGRAMA DE TRATAMIENTO HA SIDO EXPLICADO Y TODAS LAS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS A MI SATISFACCIÓN. ENTIENDO LOS RIESGOS ASOCIADOS CON UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA TAL COMO SE ME DESCRIBE Y DESEO CONTINUAR.

HE LEÍDO Y ACEPTO LA AUTORIZACIÓN DE SEGURO/CESIÓN DE BENEFICIOS Y LAS POLÍTICAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

POLÍTICA SOBRE PRESENTARSE, REPROGRAMACIONES Y CANCELACIONES

POWER CENTER
PHYSICAL THERAPY
AQUATICS AND WELLNESS

Las cancelaciones y reprogramaciones **DEBEN** realizarse el día anterior a su cita programada, **a más tardar antes de las 5:00 p. m.** Las cancelaciones o reprogramaciones realizadas por teléfono o mensaje de texto **después de las 5:00 p. m. del día anterior** a su cita se consideran **"el mismo día"**.

Tenga en cuenta que nuestra oficina cobra **$40 por NO PRESENTARSE** y **$25 por cancelaciones realizadas el mismo día** de la cita programada. Una cita es un **tiempo RESERVADO** que podría ser utilizado por otra persona en lista de espera, por lo que se **ESPERA cortesía** en caso de que sea necesario cancelar o reprogramar.

Cualquier **CITA FUTURA** será cancelada después de una **NO PRESENTACIÓN**, a menos que **USTED confirme la próxima cita** mediante el mensaje de texto automatizado o una llamada telefónica / mensaje de voz.

Además, tenga en cuenta que hacemos todo lo posible por asignar su cita con el terapeuta de su preferencia; sin embargo, **esto no está garantizado**. Pueden realizarse cambios para permitir una prestación **eficiente** de la atención al paciente.

Reconocimiento del paciente:_____Fecha: _____

R. Notificado: *Power Center Physical Therapy, Inc.*
B. Nombre del paciente: **C. Número de identificación:**

Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga por D. _____PT_____ a continuación, es posible que tenga que pagar.

Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Es posible que Medicare no pague lo que se indica en **D.** ***PT*** a continuación.

D.	E. Razón por la que Medicare no puede pagar:	F. Costo estimado
PT = Physical Therapy or any Services received from Power Center Physical Therapy Inc.	• *Home Health Services / Episode* • *Maxed Benefit Allowance* • *Not Covered During Time of Service*	*$75 to $100 per Date of Service*

LO QUE NECESITA HACER AHORA:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir la **D.** _____*PT*_____mencionada anteriormente.

Nota: Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.

☐ **OPCIÓN 1.** Deseo la **D.** _____*PT*_____ mencionada anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también deseo que se le facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos copagos o deducibles.

☐ **OPCIÓN 2.** Deseo la **D.** _____*PT*_____ mencionada anteriormente, pero no facture a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.

☐ **OPCIÓN 3.** No deseo la **D.** _____*PT*_____mencionada anteriormente. Entiendo que con esta elección **no** soy responsable del pago y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

H. Información adicional:

Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/ **TTY:** 1-877-486-2048).
Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

I. Firma:	J. Fecha:

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

POWER CENTER

PHYSICAL THERAPY

AQUATICS AND WELLNESS

Autorización para Revelar Información de Salud

(1) Por la presente autorizo (Nombre del establecimiento/médico):_____
Dirección:_____**para revelar la siguiente información de los registros de salud de: Nombre de Paciente:**_____**Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección:_____**Número de Teléfono:**_____

Que cubre el periodo de salud
Desde: (fecha) _____ **Hasta: (fecha)** _____

(2) Informacion a revelar:

- ___ Registros completos de salud
  - registro de salud parcial:
- ___ Nota de evaluación
- ___ Inspección de tabla médica
- ___ Notas de progreso
- ___ Laboratorio
- ___ Reportes de consulta
- ___ Radiografia
- ___Otro_____

(3) Esta información debe ser revelada a:
Nombre: Power Center Physical Therapy
Direccion: 17270 Bear Valley Rd. Suite 105, Victorville CA 92395
A fin de: _____

(4) Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto con respecto a una acción que ya haya sido tomada en base a esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:_____

(5) Además, entiendo que tengo derecho a inspeccionar la información de salud protegida que se usará o divulgará, y a recibir una copia de esta autorización a mi solicitud:

Copia solicitada y recibida: ☐ Si ☐ No Iniciales:_____

(6) La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

(7) Es posible que la información utilizada o divulgada a cualquier entidad que no sea un plan de salud o un proveedor de atención médica ya no esté protegida por la ley federal de privacidad.

Firma del Paciente:_____ **Fecha:**_____

O

Firma del Representante legal:_____ **Fecha:**_____
Relacion: _____