

**Chicago Rehabilitation Services, Inc.**  
**Propiedad Privada e Independiente Centro de Terapia Fisica**

**FORMA DE AUTORIZACIÓN**

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO Yo le autorizo a Chicago Rehabilitation Services realizar los tratamientos / procedimientos descritos en lo siguiente. Seré informado de las razones para el tratamiento / procedimiento(s), junto con los beneficios esperados, los riesgos, los posibles métodos alternativos de tratamiento, y las posibles consecuencias implicados en lo siguiente:

**Evaluación de Terapia Fisica y Tratamiento escrito en el referido por el doctor.**

El tratamiento/procedimiento(s) se me explicó en detalle y todas mis preguntas serán respondidas plenamente. Entendiendo esto, le autorizo a Chicago Rehabilitation Services realizar dichas evaluaciones, el tratamiento y el Iontoforesis (según ordenado por mi médico).

También certifico que ninguna garantía o seguridad se ha hecho en cuanto a los resultados que se puedan obtener.

COMPARTIMIENTO DE SU EXPEDIENTE MEDICO Para garantizar el debido seguimiento y continuidad de la atención médica, estoy de acuerdo que una copia de mi expediente médico puede ser compartido con mi médico, un médico de referencia designada, y /o proveedor, si los hay, que me refirió aquí.

AUTORIZACIÓN DE SEGUROS Solicito que el pago de los beneficios autorizados se harán al médico antes mencionado(s) por mi nombre, por los servicios que he recibido. Autorizo a cualquier poseedor de Pagador médica y otra tercer pagador, la agencia de la asistencia médica del estado, o cualquier otro pagador del gobierno u parte responsable del pago de dichos beneficios, cualquier - información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios para servicios relacionados. Estoy de acuerdo de pagar todos los gastos no cubiertos por un tercer pagador. Autorizo una copia de esta autorización para ser utilizado en el lugar de la original.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para limitaciones financieras del cuidado de salud para Terapia Física para Pacientes que reciben Cuidado de la Salud en casa**

Yo \_\_\_\_\_, por la presente doy mi consentimiento a Chicago Rehabilitation Services que es mi entender que yo soy responsable de notificarle a Chicago Rehabilitation Services de cualquier servicio de atención médica domiciliaria que soy o he recibido recientemente. Estos servicios de atención domiciliaria interferiría con los pagos de Medicare parte B para el tratamiento de terapia física en una clínica privada y yo seré financieramente responsable si falsifico esta información.

También confirmo que me hicieron conscientes de las regulaciones de Medicare que controlan los pagos para la terapia física ambulatoria para estos pacientes que reciben servicios de atención médica domiciliaria (facturación consolidada). Me enseñaron una copia de estas reglas.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted no es el paciente, por favor, especifique su relación con el paciente \_\_\_\_\_.