

**SPANISH VERSION**

Si usted tiene Seguro de Medicaid,  
Por favor NO USE ESTE FORMATO.  
Escoja la versión de Medicaid.



Fecha: «Create Date»

*(Spanish-All Others)*

**PATIENT INFORMATION**

Client ID # «Client ID»

Client's Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_

Address 2: \_\_\_\_\_

Work Phone: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Genero: (marque uno)    Hombre    Mujer    O \_\_\_\_\_

Opcional-Pronombre: (marque uno)    El    Ella    Ellos    O \_\_\_\_\_

¿Recibe atención por lesiones por un **Accidente Automovilístico**?  No

Sí – La fecha del accidente es \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y ¿en qué ESTADO ocurrió el accidente?  
He dado a Access Rehab Centers información sobre mi seguro de automóvil.  
Yo,  no tienen seguro médico  no deseo dar a Access Rehab esta información.  
Entiendo que mi seguro de auto/trabajadores no puede pagar por mis servicios, en caso de que  
ser responsable de pagar por estos servicios. Entiendo que mi compañía de seguro médico puede tener  
autorización previa o requisitos de presentación oportuna y al no proporcionar esta información por  
adelantado, Access Rehab Centers no podrán cumplir con estos requisitos. Estoy instruyendo Access  
Rehab. Que envíe mi factura:  Seguro de Auto     Cuenta propia-Soy responsable de pagar.

¿Lleva **MED PAY** en su póliza de seguro automotvil?  No

Si – Nombre seguro de auto y numero: \_\_\_\_\_  
Nombre del abogado y teléfono: \_\_\_\_\_

¿Recibe atención por lesiones relacionadas con un caso de compensación de **Trabajadores**?  No

Sí – La fecha de la lesión es \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y número de reclamación  
He dado a Access Rehab Centers información sobre mi Workers Comp Insurance.  
Yo,  no tengo seguro médico,  no deseo dar a Access Rehab esta información.  
Entiendo que mi seguro de compensación de trabajadores puede no pagar por mis servicios, en ese caso  
Yo sera responsable de pagar por estos servicios. Entiendo que mi compañía de seguro médico puede tener  
autorización previa o requisitos de presentación oportuna y al no proporcionar esta información por  
adelantado, Access Rehab Centers no podrán cumplir con estos requisitos. Estoy instruyendo a Access  
Rehab Centers Que envíe md facturar:  
 Seguro de la compañía de trabajadores  Propia cuenta-Soy responsable de pagar.

¿Recibe atención por lesiones relacionadas con una **Reclamación de Responsabilidad**?  No

(NO Vehículo de Motor o Trabajadores) ?  
 Si – La fecha de la lesión es \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y  
Nombre de abogado y numero: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo **Atención** en el hogar?  No

Sí – Nombre de la Agencia & Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene **Seguro Médico?**

Sí (salte a la siguiente pregunta)

No, no tengo **seguro médico**, he agotado mis beneficios, mi seguro no cubre mis servicios en Access Rehab Centers o no deseo usar mi seguro. En el caso de un plan deducible alto, entiendo que al no dar mi seguro, los cargos no se aplicarán a mi deducible. Si se factura el seguro y se deniega el servicio, pagará las tarifas establecidas por la compañía de seguros.

Mis servicios no están relacionados con ningún tipo de accidente y no hay ningún abogado involucrado. Las tarifas con descuento no se aplican a los cargos que se están facturando a un abogado.

Acepto pagar en cada visita: \$95 por una evaluación; \$75 por cada sesión de terapia; \$55 por cada sesión de terapia de grupo.

Acepto que se me facture: \$100 por una evaluación; \$80 por cada sesión de terapia; \$60 por cada sesión de terapia de grupo.

¿Tiene una **Carta de Protección?**

No (salte a la siguiente pregunta)

Sí, he proporcionado a Access Rehab Centers una Carta de Protección de mi abogado para reemplazar cualquier otro transportista de terceros. NO tengo:

Seguro Medico

Seguro de Trabajadores

Seguro de Auto

Prefiero no usar ningún seguro

El pago será realizado por mi abogado cuando se resuelva mi caso. Si retiro mi caso o si no tiene éxito, ser responsable del pago de mis servicios en Access Rehab Centers. Reconozco que la autorización previa o los límites de presentación oportuna no se cumplirán en ese momento.

**INFORMACIÓN DE SEGUROS**

**Por Favor** - verifique la informacion

Garante: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

informacion abajo detallada con su Seguro de Salud. No nos hacemos responsables por la informacion incorrecta que su seguro nos haya detallado.

Relacion: \_\_\_\_\_

Beneficios del Plan **Primario:** \_\_\_\_\_

Nos hemos puesto en contacto con su compañía de seguros y en este momento han indicado lo siguiente:

Deducible: \$ \_\_\_\_\_  
 Pagaré \$ \_\_\_\_\_ por visita hacia mi deducible.

Co-pago: \$ \_\_\_\_\_ **(a pagar en cada visita)**

Co-seguro: \_\_\_\_\_%

Total dias de tratamiento por ano: \_\_\_\_\_

Beneficios del Plan **Secundario:** \_\_\_\_\_

Nos hemos puesto en contacto con su compañía de seguros y en este momento han indicado lo siguiente:

Deducible: \$ \_\_\_\_\_  
 Pagaré \$ \_\_\_\_\_ por visita hacia mi deducible.

Co-pago: \$ \_\_\_\_\_ **(a pagar en cada visita)**

Co-seguro: \_\_\_\_\_%

Total dias de tratamiento por ano: \_\_\_\_\_

He revisado la informacion arriba detallada y verifico que es correcta. Asi mismo, algun balance me sera facturado o reembolsado a mi cuenta. \_\_\_\_\_(firma del paciente)

**LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACION ...****POLÍTICA DE CANCELACIÓN / ASISTENCIA**

**Si necesita cancelar o reprogramar su cita, póngase en contacto con nosotros al menos 24 horas antes de su cita programada.**

**Las citas o cancelaciones perdidas con menos de 24 horas de anticipación resultarán en un cargo de \$25.00.** Si se pierde dos (2) citas consecutivas, o un total de tres (3) citas en total, su nombre será retirado del horario y su médico será informado. Se requerirá un nuevo referido de su médico para que usted continúe el tratamiento. Si usted está en Compensación al Trabajador, su empleador también será notificado. Si llegas tarde a una consulta, tu terapeuta te verá como el horario lo permita.

**He leído y entiendo la póliza de Cancelación/Asistencia \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)**

**ACUERDO DEL PACIENTE Y BENEFICIOS DEL SEGURO**

**PERMISO PARA CUIDADO GENERAL :** Por la presente doy mi consentimiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se pueden realizar en mí durante mi visita a Access Rehab Centers. Estos procedimientos se proporcionan bajo la dirección de mi médico de referencia y otros médicos involucrados en mi cuidado. Entiendo que Access Rehab Centers ocasionalmente aceptarán estudiantes de profesiones de terapia y que estos estudiantes pueden estar involucrados en la observación o prestación de servicios bajo la dirección de un terapeuta con licencia.

**AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS:** Por la presente asigno beneficios para incluir un seguro médico, privado o cualquier otro plan para acceder a Access Rehab Centers. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como la original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos o no pagados por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar este pago. He sido informado de las políticas de pago de Access Rehab Centers. Le he informado a Access Rehab Centers mi información de seguro y entiendo que los beneficios que se les cotizan pueden incluir beneficios ya utilizados por mí. Soy responsable de ser consciente de las limitaciones de beneficios de mi seguro. **TENGA EN CUENTA: LOS BENEFICIOS, SI SE QUOTES VERBALMENTE POR LAS EMPRESAS DE SEGURO, NO SE CONSIDERAN GARANTIAS DE PAGO.**

**ACUERDO FINANCIERO:** En consideración a los servicios prestados por Access Rehab Centers a petición mía y direcciones, acepto pagar en su totalidad, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de facturación, cualquier parte de la factura que se considere mi responsabilidad. Si es necesario que Access Rehab Centers participen en el Abogado o la Agencia de Recaudación para cobrar el saldo adeudado, acepto pagar honorarios legales y razonables de cobro de abogados y costos judiciales. Además, autorizo la publicación de registros médicos a la agencia de cobro, abogado de cobro y / o sus agentes para fines de recolección.

**SOLICITUD DE PAGO PARA MEDICARE/MEDICAID :** Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago en virtud de TVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social, el Programa Medicare/Medicaid, sus intermediarios u organización de revisión profesional, cualquier información necesaria para este o una reclamación relacionada con Medicare/Medicaid. Autorizo que el pago de beneficios se realice en mi nombre.

**INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:** Doy mi consentimiento para el usuario o divulgación de mi información médica protegida por Access Rehab Centers a cualquier persona o organización con el fin de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago o realizar ciertas operaciones de salud. La información de salud protegida utilizada o divulgada por Access Rehab Centers puede incluir información relacionada con el VIH/SIDA, información psiquiátrica y de salud conductual, e información sobre el tratamiento de drogas y alcohol, siempre y cuando dicha información se utilice o divulgue de acuerdo con Connecticut y la ley federal, que requieren que proporcione una autorización específica. Entiendo que la información sobre cómo Access Rehab Centers usarán y divulgarán mi información en el Aviso de Prácticas de Privacidad de los Centros de Rehabilitación de Access. Entiendo que el consentimiento es efectivo mientras Access Rehab Centers mantenga mi información médica protegida.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA  
PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y SALUD**

El paciente suscrito, consiente a que Access Rehab Centers use y divulgue mi información médica protegida, incluyendo, si corresponde, abuso de drogas/alcohol, VIH e información psiquiátrica para los fines de mi tratamiento, operaciones de atención médica y pago por parte del pagador o pagadores de mi beneficio de atención médica.

Además, doy mi consentimiento para que Access Rehab Centers divulgue mi información médica protegida a lo siguiente para lo siguiente:

- Médico de atención primaria o de referencia para la atención de seguimiento.
- A otros proveedores para la coordinación de la atención.
- A otros proveedores para la planificación de la remisión y descarga.

Se me ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Rehabilitación de Acceso y entiendo que tengo el derecho de revisar este aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Access Rehab Centers se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad, descritas en su Aviso, y que si deseo recibir una notificación de cualquier cambio en el Aviso, puedo comunicarme con el Representante de Servicio al Paciente de Access Rehab Centers en la clínica donde recibo atención o ir al sitio web de Access Rehab Center en [www.accessrehabcenters.com](http://www.accessrehabcenters.com).

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este consentimiento. Si me niego a firmar este consentimiento, Access Rehab Centers puede proporcionarme tratamiento; sin embargo, seré responsable de los cargos incurridos en el momento del servicio. Entiendo que el tratamiento requerido por la ley, como la atención de emergencia se me proporcionará si firmo o no este consentimiento.

A menos que me oponga, Access Rehab Centers puede divulgar información médica protegida de carácter general a mi familia u otras personas que personalmente participen en mi atención, incluidos los cambios en mi condición.

Tengo el derecho de solicitar que Access Rehab Centers restrinjan la forma en que usan y/o divulgan mi información médica protegida con el propósito de proporcionar tratamiento, obtener el pago y/o realizar operaciones de atención médica. Access Rehab Centers no está obligado a aceptar cualquier restricción que solicite. Si Access Rehab Centers decide aceptar mi solicitud, Access Rehab Centers debe respetar la restricción impuesta al uso y/o divulgación de mi información médica. También entiendo que tengo el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por medios o ubicaciones alternativas. Sin embargo, Access Rehab Centers puede denegar la solicitud si determina que sería administrativamente difícil cumplir con mi solicitud.

Entiendo que con respecto al abuso de drogas/alcohol, VIH e información psiquiátrica, este Consentimiento expirará 365 días después de la fecha que aparece a continuación o 365 días después de mi tratamiento final, lo que ocurra más tarde. También entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento notificando al Representante de Servicio al Paciente del Centro de Rehabilitación de Access en la clínica donde recibo atención por escrito. Entiendo que si revoco mi consentimiento, no habrá ningún efecto en los usos y divulgaciones ya hechas en base a mi consentimiento previo.

**INFORMACION RELACIONADA CON ELVIH:** En caso de que la información divulgada constituya información confidencial relacionada con el VIH protegida por la Ley de Connecticut: Esta información ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita dicha ley. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito.

**INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA:** En el caso de que la información divulgada constituya información psiquiátrica confidencial protegida por la Ley de Connecticut: Esta información ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de la misma o de utilizarla para cualquier propósito que no sea el indicado anteriormente sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permita dicha ley.

**DRUG Y ALCOHOL ABUSE RECORDS:** En caso de que la información divulgada esté protegida por el Reglamento de Registros de Pacientes de Confidencialidad del Abuso de Alcohol y Drogas del HHS: Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por las reglas de confidencialidad federal (42CFR parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

FECHA: \_\_\_\_\_

---

***ACUERDO PACIENTE /GUARDIANO***

- Autorizo la divulgación de la información solicitada por mi plan de seguro para el pago.
- Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado.
- He tenido la oportunidad de tener mis preguntas respondidas con respecto a las prácticas de privacidad de Access Rehab Centers.
- Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.
- Por la presente reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Cuando esté terminado y firmado, por favor devuelva este papeleo a la recepcionista. Gracias.



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

---

## Consentimiento de recordatorio de cita

Para

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Completa este formulario y firme a continuación para reconocer y dar permiso para que Access Rehab Centers proporcionen Recordatorios automáticos de Citas para el cliente mencionado anteriormente, a través de:

Correo electrónico a: \_\_\_\_\_

Mensaje de texto al teléfono celular# \_\_\_\_\_

Nota: No podemos configurar su cuenta para enviar recordatorios de mensajes de texto por correo electrónico sin saber su operador de telefonía celular. Por favor, indique su operador a continuación, si desea texto.

- |                                           |                                            |                                           |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alltel           | <input type="checkbox"/> G C I             | <input type="checkbox"/> Sprint PCS       |
| <input type="checkbox"/> AT&T             | <input type="checkbox"/> Illinois Cellular | <input type="checkbox"/> T Móvil          |
| <input type="checkbox"/> Bluegrass Cell   | <input type="checkbox"/> Metrocall         | <input type="checkbox"/> US Cellular      |
| <input type="checkbox"/> Boost Mobile     | <input type="checkbox"/> Metropcs          | <input type="checkbox"/> Verizon          |
| <input type="checkbox"/> C Espina dorsal  | <input type="checkbox"/> Nextel            | <input type="checkbox"/> Virgin Mobil     |
| <input type="checkbox"/> C Spine Wireless | <input type="checkbox"/> Pioneer Cellular  | <input type="checkbox"/> Xfinity          |
| <input type="checkbox"/> Cell Com         | <input type="checkbox"/> Qwest             | <input type="checkbox"/> Xfinity Wireless |
| <input type="checkbox"/> Cingular         | <input type="checkbox"/> Silverstar        |                                           |
| <input type="checkbox"/> Cricket Wireless | <input type="checkbox"/> Móvil simple      | <input type="checkbox"/> _____            |

Al firmar a continuación, entiendo que se pueden aplicar tarifas normales de mensajería de texto, y estoy responsable de estos cargos relacionados.

Me comunicaré con Access Rehab Centers si alguna información anterior debe cambiar.

\_\_\_\_\_  
Firma de la fecha del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota:**

Si desea detener los Recordatorios de llamadas telefónicas actuales, escuche el siguiente mensaje usted recibe y elige la opción "OPT OUT".

---

For use by Access Rehab Centers: Received by: \_\_\_\_\_ Entered On: \_\_\_\_\_