

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CUENTAS DE LITIGIO

Entiendo que PHX PT facturará directamente a mi seguro correspondiente; sin embargo, soy responsable del pago de mi tratamiento, no la entidad demandada. La acción de responsabilidad contra otra persona no me permitirá rechazar el pago a PHX PT. Entiendo plenamente que soy directa y totalmente responsable ante PHX PT de todas las facturas médicas enviadas por PHX PT por los servicios prestados, independientemente de si mis demandas se hayan resuelto o son el resultado de una sentencia judicial.

OBJETOS DE VALOR DEL PACIENTE

Libero a PHX PT de cualquier responsabilidad por la pérdida de ropa, dinero, objetos de valor u otros artículos que decida mantener conmigo mientras sea paciente. También entiendo que PHX PT no será responsable y no reemplazará ninguna propiedad perdida, rota o robada, que decida mantener conmigo, o cualquier propiedad que me traigan mientras sea paciente.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CORREOS ELECTRÓNICOS, MENSAJES DE TEXTO Y LLAMADAS PARA RECORDATORIOS DE CITA, RESPONSABILIDADES FINANCIERAS Y OTRAS COMUNICACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Doy mi consentimiento para recibir llamadas/mensajes de texto/correos electrónicos de Phoenix Physical Therapy con respecto a la información de médica de mi paciente, declaraciones y otros servicios en los números de teléfono o direcciones de correo electrónico indicados, incluyendo mi número inalámbrico proporcionado. Estas llamadas/mensajes de texto/correos electrónicos pueden incluir información como fechas y horarios de citas así como otras responsabilidades financieras vencidas y otras información pertinente. Entiendo que mi proveedor de servicios inalámbricos me puede cobrar por dichas llamadas/mensajes de texto. Entiendo que puedo revocar acepta recibir dichas llamadas/mensajes de texto/correos electrónicos en cualquier momento al optar por no participar.

MENOR QUE PUEDE CONSENTIR PARA LA ATENCIÓN (SI ES APLICABLE)

Soy menor de 18 años y por la(s) siguiente(s) razón(es) _____

de acuerdo con la Ley Estatal, tengo derecho a dar mi consentimiento para recibir servicios médicos u otros servicios de salud para mí y, si corresponde, para mis hijos menores sin el consentimiento de ninguna otra persona: Iniciales del Paciente (requerido si completa esta sección) _____

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD

Certifico que soy, de hecho, la persona que pretendo ser. Entiendo que el uso consciente y deliberado de la información de identificación personal de otra persona bajo falsos pretextos es un delito penal.

SÓLO PARA USO EN LA OFICINA DE PHOENIX PHYSICAL THERAPY

Verification of the identity of the above-named party was made by:

- Current Driver's License or other Photo ID
- Current Health Insurance Card
- Other:

RECONOZCO QUE LEÍ Y ENTIENDO TODOS LOS COMPONENTES DE LAS POLÍTICAS DE PHOENIX PHYSICAL THERAPY COMO SE INDICA ARRIBA.

Firma del Paciente o Tutor (si el paciente es menor de edad)

Fecha

Signature of Phoenix Physical Therapy Representative

Date