

## Fisioterapia con lanza

31 East 32nd  
Street, Nueva York,  
NY 10016  
Teléfono: (212) 759-2282

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, por la presente acepto y doy mi consentimiento para que Spear Physical Therapy administre el tratamiento y la atención que se prescriban y se consideren terapéuticamente necesarios sobre la base de los hallazgos durante el curso del tratamiento. También autorizo a Spear Physical Therapy a proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a este tratamiento y por la presente cedo todo el pago por los servicios prestados. La información proporcionada es precisa a mi leal saber y entender.

Relación con el paciente:

\_\_\_\_\_  
Firmado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Formularios y consentimientos del paciente



31 East 32nd Street,  
Nueva York, NY 10016  
(212) 759-2282

## Política Financiera y Consentimientos

**Póliza financiera:** Una póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros. La cobertura depende de su compañía de seguros y del plan específico que haya elegido. Spear tiene contrato con la mayoría de las compañías de seguros y, como servicio a los pacientes, nos comprometemos a presentar sus reclamaciones directamente a ellas. Es posible que necesite una receta/referencia médica actual para los servicios de terapia para presentar su reclamo. Las referencias están vigentes durante 90 días, a menos que se especifique lo contrario. Para que Spear pueda presentar un reclamo a su compañía de seguros, necesitaremos una copia de su tarjeta de seguro. Su parte de su factura vence dentro de los 10 días posteriores a la recepción de cualquier estado de cuenta de Spear.

**Autorización de tarjeta de crédito registrada:** Autoricé a Spear a mantener mi firma y tarjeta de crédito en el archivo para cargar automáticamente mi tarjeta en el momento del servicio.

Spear verificará los beneficios del paciente, presentará las reclamaciones por los servicios prestados a la compañía de seguros y notificará a la parte responsable de su responsabilidad financiera. La parte responsable entiende que la verificación de beneficios y autorización no es una garantía de pago y que es responsable de todos los cargos no pagados por la compañía de seguros.

La parte responsable autoriza a cualquier compañía de seguros que proporcione cobertura de seguro para el paciente, a realizar pagos directos a Spear por cualquier servicio de patología del habla prestado. La parte responsable informará con precisión a Spear de la cobertura de seguro del paciente y proporcionará información sobre los cambios de cobertura dentro de los 5 días hábiles posteriores al cambio.

**Divulgación de información para reembolso:** La parte responsable autoriza la divulgación de información relacionada con el diagnóstico del paciente y el curso del tratamiento a Spear por parte del médico del paciente y cualquier otro proveedor de servicios de terapia involucrado en la atención del paciente. La parte responsable también autoriza la divulgación de información al médico del paciente y a cualquier otra agencia relacionada con cuestiones de reembolso.

Doy permiso a Spear para divulgar información a mi compañía de seguros y facturar los servicios en mi nombre. Entiendo que la autorización y verificación de beneficios no es una garantía de pago y que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro.

**Acuerdo de Regreso a la Vida-Contrato Social:** En Spear Physical and Occupational Therapy, PLLC, estamos comprometidos a devolverle la vida. Le pedimos lo mismo a usted: que acepte presentarse a sus citas programadas. En el caso de que necesite cancelar una cita en la clínica, le pedimos que re programe su visita en persona para la misma semana o programe una visita virtual en línea de Spear Live. Si eso no es posible para usted, simplemente le pedimos que nos proporcione un aviso con al menos 24 horas de anticipación o que re programe dentro de la misma semana calendario. Su terapeuta le hablará sobre nuestro Acuerdo de Regreso a la Vida.

Las ausencias repetidas o las cancelaciones tardías interrumpen la prestación óptima de la atención y pueden indicar una falta de compromiso con su salud y bienestar. Como resultado, 3 cancelaciones tardías y/o ausencias pueden resultar en la interrupción de la terapia. En el caso de que sea dado de alta de nuestra atención, se notificará a su proveedor de referencia y/o gerente de reclamos del motivo del alta de la terapia. Somos conscientes de que las emergencias ocurren y daremos una consideración razonable por enfermedades o emergencias imprevistas.

**Pacientes de Medicare:** Si elige programar la terapia sin una receta/referencia médica, DEBEMOS obtener un plan de atención de terapia firmado por su médico dentro de los 30 días posteriores a su visita inicial. Además, debe ser dado de alta de cualquier hogar

servicios de atención médica o agencia antes de iniciar la terapia ambulatoria. Medicare no pagará la atención médica en el hogar y la atención ambulatoria simultáneamente.

**Colisión de Vehículos Motorizados - PIP de Automóviles/Terceros:** Facturaremos su Seguro de Protección contra Lesiones Personales (PIP) como cortesía para usted. Si no tiene una reclamación PIP directa, puede optar por presentar su seguro de salud personal o pagar en el momento del servicio a la tarifa de pago en efectivo. Si una reclamación es denegada por cualquier motivo, el paciente será totalmente responsable del costo total de la atención prestada.

**Reclamaciones por lesiones laborales:** Los gastos médicos que resulten de una lesión/enfermedad en el lugar de trabajo se presentarán al programa de compensación para trabajadores en una reclamación abierta. Sin embargo, si una reclamación es denegada por cualquier motivo, el paciente será totalmente responsable del costo total de la atención prestada.

**Aviso de uso de teléfonos móviles, filmaciones y fotografías:** Mientras visita una clínica SPEAR, está ingresando a un área donde se pueden realizar fotografías, grabaciones de audio y video. Al ingresar a las instalaciones, usted da su consentimiento para que SPEAR y sus afiliados y representantes puedan tomar fotografías, grabaciones de audio, entrevistas y grabaciones, y su publicación, exhibición o reproducción para ser utilizadas con fines informativos, promocionales, publicitarios, de inclusión en sitios web, redes sociales o cualquier otro propósito por parte de SPEAR y sus afiliados y representantes.

Usted libera a SPEAR, a sus funcionarios y empleados, y a todas y cada una de las personas involucradas de cualquier responsabilidad relacionada con la toma, grabación, digitalización o publicación y uso de entrevistas, fotografías, imágenes de computadora, video y/o grabaciones de sonido. Al ingresar a las instalaciones, usted renuncia a todos los derechos que pueda tener sobre cualquier reclamo de pago o regalías en relación con cualquier uso, exhibición, transmisión, transmisión web, televisión u otra publicación de estos materiales, independientemente del propósito o patrocinio de dicho uso, exhibición, transmisión, transmisión web u otra publicación, independientemente de si se cobra una tarifa de admisión o patrocinio. También renuncia a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquier foto, video o grabación de audio tomada por SPEAR, la persona o entidad designada para hacerlo por SPEAR, o cualquier otra persona desconocida. Ha sido plenamente informado de su consentimiento, renuncia a responsabilidad y liberación antes de participar en el evento.

Por respeto a nuestros clientes, le pedimos que no use su teléfono móvil ni ningún otro dispositivo inalámbrico en la clínica. Su seguridad, privacidad y comodidad son importantes para nosotros; Las alertas sonoras y las conversaciones telefónicas pueden ser una distracción, y las posibles fotos y grabaciones pueden comprometer la privacidad del paciente. Agradecemos su cooperación.

**Fondos insuficientes:** En caso de que se nos devuelva un cheque por fondos insuficientes, se impondrá una tarifa de \$ 34 junto con el pago original.

**Política de menores no acompañados:** Spear está autorizada a proporcionar tratamiento a un menor según corresponda cuando llegue a una cita sin la compañía de un padre/tutor; esto puede incluir cambios en la terapia actual que recibe el menor, incluidos tratamientos y ejercicios. La póliza financiera anterior es aplicable al garante del menor no acompañado.

**Entiendo las políticas y consentimientos de Spear y Financiamiento como se describe anteriormente. Autorizo que mis beneficios médicos se paguen directamente a Spear por mis servicios. Reconozco que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado en todos los servicios cubiertos o no cubiertos. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar el reclamo o proporcionar continuidad de la atención. Doyo mi consentimiento para recibir el tratamiento según lo prescrito por mi proveedor.**

\_\_\_\_\_  
Firmado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Formularios y consentimientos del paciente



31 East 32nd Street,  
Nueva York, NY 10016  
(212) 759-2282

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Vigente a partir del 01/01/2020, revisado el 01/01/2020

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le proporciona como requisito de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Describe cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida, con quién se puede compartir esa información y las salvaguardas que tenemos para protegerla. Este aviso también describe sus derechos para acceder o rechazar la divulgación de información específica fuera de nuestro sistema, excepto cuando la divulgación sea requerida o autorizada por ley o reglamento.

### Acuse de recibo de esta notificación

Se le pedirá que proporcione un acuse de recibo firmado de esta notificación. Nuestra intención es informarle sobre los posibles usos y divulgaciones de su información médica protegida y sus derechos de privacidad. La prestación de sus servicios de atención médica no estará condicionada de ninguna manera a su reconocimiento firmado.

### ¿Quién seguirá este aviso?

Todos los médicos, personal de atención médica con licencia, empleados, personal y otro personal de oficina. Cualquier profesional de la salud independiente que pueda brindar servicios en nuestra oficina y esté autorizado a ingresar información en su registro médico. Todos los estudiantes o aprendices. Cualquier persona o empresa con la que Spear Physical Therapy contrate servicios para ayudar a operar nuestra práctica y que tenga acceso a la información médica de nuestros pacientes.

### Nuestra responsabilidad con respecto a la información de salud protegida

Su "información de salud protegida" es información de salud identificable individualmente. Esto incluye datos demográficos como la edad, la dirección, la dirección de correo electrónico y se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados. La ley nos obliga a hacer lo siguiente:

Asegúrese de que su información médica protegida se mantenga privada.

Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con el uso y las divulgaciones de su información médica protegida.

Siga los términos del aviso actualmente en vigor.

Comunicarle cualquier cambio en el aviso.

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Su fecha de entrada en vigor se encuentra en la parte superior de la primera página y en la parte inferior de la última página. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la información de salud que ya tenemos sobre su hijo, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad llamando al número de teléfono que aparece en la parte superior de este aviso.

### Nuestro sistema

Spear Physical Therapy trabaja con varias agencias y fuentes de referencia. Su información de salud se compartirá de la siguiente manera:

#### Tratamiento

Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la divulgación a su médico u otros proveedores de atención médica que se involucren en su atención.

Dentro de nuestra oficina para actividades administrativas, evaluación de calidad, supervisión y revisión por pares.

Con nuestro personal de facturación y según sea necesario para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Con su compañía de seguros u otros pagadores, según sea necesario para el pago.

Con la agencia de referencia y el administrador del caso.

Con cualquier otro proveedor, escuela y/o agencia con su solicitud por escrito. Puede solicitar que se comparta información por escrito o verbalmente por escrito. Su solicitud debe incluir un período de tiempo específico para compartir información.

### **Requerido por la ley**

Podemos usar o divulgar su información médica protegida si la ley o el reglamento requieren el uso o la divulgación. Notificaremos a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

### **Supervisión de la salud**

Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Estas agencias de supervisión de la salud pueden incluir agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

### **Procedimientos Legales**

Podemos divulgar información médica protegida durante cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden judicial o un tribunal administrativo (si dicha divulgación está expresamente autorizada) y en ciertas condiciones en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

### **Acceso parental**

Podemos divulgar su información protegida a padres, tutores y personas que actúen en un estatus legal similar.

### **Para operaciones de atención médica**

Spear Physical Therapy, el personal y los socios comerciales pueden usar y divulgar información médica sobre usted para operar esta oficina. Por ejemplo, Spear Physical Therapy puede usar la información médica para gritar su nombre en la sala de espera, para revisar el tratamiento y los servicios o para evaluar las calificaciones y el desempeño de los terapeutas en el cuidado de usted. Spear Physical Therapy también puede divulgar información a las autoridades u oficinas que otorgan licencias y evalúan las calificaciones y revisan la atención para determinar si Spear Physical Therapy y sus terapeutas pueden obtener licencias, credenciales, certificaciones o aprobaciones bajo un plan de salud o para tratar a pacientes en un centro en particular. Spear Physical Therapy puede contratar a otros profesionales o empresas, como servicios de transcripción de registros médicos, consultores, asesores financieros o asesores legales, para ayudarnos a administrar la práctica y que hayan acordado seguir nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

### **Contactar con usted**

A menos que Spear Physical Therapy haya aceptado por escrito su solicitud por escrito manejar estos asuntos de manera diferente, Spear Physical Therapy puede usar y divulgar información médica para dejarle un mensaje o enviarle una carta con respecto a una cita o para pedirle que llame en relación con su atención o su cuenta. Spear Physical Therapy utilizará la información de contacto que usted proporcione.

### **Personas involucradas en su atención**

Spear Physical Therapy puede divulgar información médica sobre su hijo a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica, a menos que usted se oponga. Puede oponerse a estas divulgaciones notificando a Spear Physical Therapy por escrito que no desea que ninguna o todas las personas involucradas en su atención reciban esta información. Si usted no está presente o no puede estar de acuerdo u objetar, Spear Physical Therapy utilizará nuestro juicio profesional para decidir si es en su mejor interés divulgar información relevante a alguien que esté involucrado en su atención.

### **Investigación**

Bajo ciertas circunstancias, Spear Physical Therapy puede usar y divulgar información médica sobre su hijo con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron tratamiento con aquellos que recibieron otro para la misma afección. Spear Physical Therapy obtendrá su consentimiento por escrito si los investigadores saben quién es su hijo. La información médica sobre su hijo a la que se le ha eliminado toda la información de identificación puede usarse para la investigación sin su consentimiento.

### **Usos y divulgaciones de información médica protegida que requieren su permiso**

En algunas circunstancias, usted tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o la divulgación de toda o parte de su información médica protegida. Dado que algunas de nuestras terapias se brindan en su hogar u otros entornos naturales, las personas presentes durante la sesión, incluidos amigos, familiares o proveedores de cuidado diurno, pueden escuchar

información de salud sobre su hijo. Por favor, notifique a nuestra oficina por escrito si no desea que su información de salud protegida sea discutida con los presentes durante la sesión. Si su hijo recibe terapia en nuestro consultorio, el terapeuta puede compartir discretamente su progreso en la sala de espera frente a otros pacientes. Si no desea que su progreso se comparta en la sala de espera, notifíquelo a nuestra oficina por escrito.

### **Sus derechos con respecto a su información de salud**

Puede ejercer los siguientes derechos presentando una solicitud por escrito a la oficina de Spear Physical Therapy

Usted puede inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida que conservamos como parte de los registros médicos y de facturación.

Usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Su solicitud debe hacerse por escrito. Esta solicitud será aceptada si acordamos mutuamente que la restricción no dañará a su hijo.

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted utilizando medios alternativos o en una ubicación alternativa. No le preguntaremos el motivo de su solicitud.

Atenderemos las solicitudes razonables, cuando sea posible.

Si cree que la información que tenemos sobre su hijo es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una enmienda a su información médica protegida siempre y cuando seamos responsables y mantengamos esta información.

### **Leyes Federales de Privacidad**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le proporciona como requisito de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Hay varias otras leyes de privacidad que también se aplican, incluida la Ley de Libertad de Información y la Ley de Privacidad. Estas leyes se han tenido en cuenta en el desarrollo de nuestras políticas y este aviso de cómo usaremos y divulgaremos su información protegida.

### **Cambios en el Aviso de Prácticas de Privacidad**

Spear Physical Therapy se reserva el derecho de cambiar este aviso. Spear Physical Therapy se reserva el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la información médica que ya se tiene sobre usted, así como para cualquier información recibida en el futuro. Spear Physical Therapy publicará una copia del aviso actual en la oficina. El aviso permanecerá en vigor para cada visita subsiguiente a menos que se cambie. Si el aviso cambia, una copia estará disponible para usted si la solicita.

### **Preguntas y quejas**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad al (212) 759-2282. Para notificar a nuestra oficina por escrito de una solicitud, envíe un correo a lo siguiente: Oficial de Privacidad, Spear Physical Therapy, 31 East 32nd Street, Nueva York NY, 10016. Si tiene una queja sobre sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante esta oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante nuestra oficina, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al (212) 759-2282. No se le penalizará por presentar una queja.

\_\_\_\_\_  
Firmado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Formularios y consentimientos del paciente



31 East 32nd Street,  
Nueva York, NY 10016  
(212) 759-2282

## ACUERDO DE PAGO POR SERVICIOS

### Servicios a prestar

Spear Physical Therapy proporcionará servicios de terapia para su hijo (paciente) de acuerdo con las órdenes proporcionadas por el médico del paciente. Se entiende que los terapeutas con licencia empleados por Spear Physical Therapy completarán los servicios prestados. La parte responsable da permiso para que el paciente reciba los servicios de terapia proporcionados por Spear Physical Therapy

### Beneficios del seguro

Spear Physical Therapy verificará los beneficios del paciente, presentará las reclamaciones por los servicios prestados ante la compañía de seguros y notificará a la parte responsable de su responsabilidad financiera. La parte responsable entiende que la verificación de beneficios y autorización no es una garantía de pago y que es responsable de todos los cargos no pagados por la compañía de seguros.

### Cesión de Beneficios de Seguro

La parte responsable autoriza a cualquier compañía de seguros que proporcione cobertura de seguro para el paciente, a realizar pagos directos a Spear Physical Therapy por cualquier servicio de patología del habla prestado. La parte responsable informará con precisión a Spear Physical Therapy de la cobertura de seguro del paciente y proporcionará información sobre los cambios de cobertura dentro de los 5 días hábiles posteriores al cambio.

### Divulgación de información para el reembolso

La parte responsable autoriza la divulgación de información relacionada con el diagnóstico y el curso del tratamiento del paciente a Spear Physical Therapy por parte del médico del paciente y cualquier otro proveedor de servicios de terapia involucrado en la atención del paciente. La parte responsable también autoriza la divulgación de información al médico del paciente y a cualquier otra agencia relacionada con cuestiones de reembolso.

Doy permiso a Spear Physical Therapy para divulgar información a mi compañía de seguros y facturar los servicios en mi nombre. Entiendo que la autorización y verificación de beneficios no es una garantía de pago y que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro.

\_\_\_\_\_  
Firmado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Formularios y consentimientos del paciente



31 East 32nd Street,  
Nueva York, NY 10016  
(212) 759-2282

# Nuestro Acuerdo de Regreso a la Vida

¡En Spear, estamos comprometidos a mantenerte en movimiento! Le pedimos lo mismo: que acepte presentarse a sus citas.

La mayoría de las empresas cobran una tarifa de cancelación por citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación; A pesar de nuestra lista de espera, ¡no lo hacemos!

Esta relación se trata de mejorarlo, y el tratamiento programado y constante acelerará su recuperación. En caso de que necesite cancelar su cita en la clínica, le pedimos que programe una visita virtual en línea de SPEAR LIVE. Si eso no es posible para usted, simplemente le pedimos que nos proporcione un aviso de cancelación con 24 horas de anticipación (y que intente reprogramar dentro de la misma semana).

¡Sigamos avanzando!

\_\_\_\_\_  
Firmado por

\_\_\_\_\_  
Fecha