



Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC

225 East State St. Suite 12, Trenton NJ 08608

Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

Consentimiento del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Seguro/HICN #: _____

Este formulario contiene informacion que usted debe saber sobre su tratamientos en Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC. Si hay alguna parte de este formulario que usted no entiende, favor de preguntar. A lo ultimo de este formulario hay un espacio para usted firmar su nombre para nosotros saber que usted entiende este documento y que esta de acuerdo con los servicios que recibes de nuestra oficina.

Los tratamientos que recibira en Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC contiene terapia fisica o entrenamiento personal . Nosotros vamos a trabajar con usted para diagnosticar y tratarlo. Usted tendra una terapeuta responsable para su cuidado. Evaluaciones, notas diarias y el formulario de su historia medical seran parte de sus documentos medical. Yo solicito y doy permiso para el tratamiento que recibira en Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si esta firmado por otra persona que no sea el paciente, favor de especificar la relacion: _____

Nuestro honorarios son basado en el tiempo y el servicio. Los cargos para un tratamiento a otro pueden variar cuando necesario. Es importante que usted sepa que usted eres responsable para co-payments, co-insurances, y/o deductibles. Si usted recibe Medicare, es importante que sepas que Medicare solo paga 80% de los reclamos cubrido. Usted eres responsable para 20%. Nuestra oficina estara en contacto con su seguro para verificar su elegibilidad. Dependiendo en su cobertura, puede ser posible que tendremos que colectar dinero en el momento que recibas servicios o recibiras un factura.

Seguro/Medicare Autorizacion de Firma en Archivo

Yo pido que pagos de beneficios de seguro autorizados (ej. Medicare, Aetna, etc.) sean hecho en mi parte a Rita Amin, Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC, 225 East State St. Suite 11, Trenton, NJ 08608 para servicios dado a mi por mi proveedor. Por lo demas, yo consento pagar todo honorarios en acuerdo con servicios proporcionado a mi abogado/medico y/o la compania de seguro/centros para Medicare y servicios de Medicaid y sus agents cualquier informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios pagadero para servicios relacionado y autorizo el uso de esta firma en mi seguro sumiso. Reconozco que Medicaid no es aceptada en esta instalacion. Yo consento que yo se la cobertura de mi seguro y soy responsable para cargos negado por mi seguro.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Nombre: _____