

Gracias por elegir REHABVISIONS. Esperamos poder servirle. Si alguna vez tiene alguna pregunta o inquietud, por favor llé representa su atención.

Para permitirle obtener el máximo beneficio de sus sesiones de terapia, tenga en cuenta las siguientes pautas:

1. Solicitamos el registro electrónico de pacientes por adelantado a través de nuestro portal para pacientes. Si no tiene la capacidad de registrarse electrónicamente, se le proporcionará documentación. El envío de papeleo es necesario antes de su evaluación inicial.
2. El registro de entrada se puede hacer en la recepción a la llegada a cada cita de terapia. No aceptamos walk-ins debido a los requisitos de preautorización del seguro.
3. **Por favor, notifiquenos cualquier cambio en su seguro, médico, historia clínica, medicamentos, etc.**
4. **La asistencia constante y la adhesión al plan de tratamiento establecido es extremadamente importante para que usted logre el mejor resultado de su terapia.** Por favor, infórmenos al 701-483-9400 con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Si las cancelaciones ocurren con tanta frecuencia que su terapeuta siente que usted no puede beneficiarse de la terapia, puede optar por interrumpir más sesiones. En caso de que esto suceda, se notificará a su médico. Si no cancela una cita con 24 horas de anticipación, es posible que se le cobre una tarifa de \$25.00.
5. La falta de cancelación de una cita se considera un "no-show". *Después de un segundo no-show, usted será removido de cualquier cita programada restante. En caso de que esto suceda, deberá ponerse en contacto con nosotros para reprogramar. Si no reprograma en menos de 30 días desde su visita más reciente, se le dará de alta de la terapia y se le notificará a su médico de referencia. En caso de no presentarse, se le puede cobrar una tarifa de \$25.00.*
6. Hacemos todo lo posible para comenzar sus sesiones de terapia a tiempo. Si llega tarde a una sesión de terapia programada, es posible que se le pida que lo re programe.
7. Si alguna vez no está seguro de la fecha y hora de su próxima sesión de terapia, por favor pregunte a su terapeuta o a nuestro personal de recepción.
8. Por favor, mantenga a su terapeuta informado de sus citas médicas programadas para que podamos actualizar a su médico sobre su progreso con la terapia.
9. Dentro de sus primeras visitas, es probable que su terapeuta le proporcione instrucciones y actividades que tendrá que hacer en casa. **Su "programa de inicio" es fundamental para su éxito y conducirá al mejor resultado posible.**
10. Si algún miembro del personal sospecha que usted está bajo la influencia de alcohol, medicamentos sin receta o sustancias ilegales, se le pedirá que abandone nuestras instalaciones. Usted será enviado a casa por medio de taxi u otros medios seguros, a su cargo.
11. En caso de que se cierren condiciones climáticas adversas u otros eventos de seguridad de la instalación, su cita será cancelada/reprogramada. Si no está seguro de si la clínica está abierta o cerrada, llame al 701-483-9400 antes de conducir a la clínica.
12. No somos responsables de ningún artículo personal que quede en nuestra clínica.
13. Para preguntas sobre facturación, para solicitar un comunicado de información o para establecer un plan de pago, llame a nuestra recepción al 701-483-9400.
14. **Es su responsabilidad saber lo que cubre su plan de seguro individual.** Algunos planes de seguro limitan el número de visitas a terapias o designan un tope de terapia. Algunas compañías de seguros requieren un copago en el momento del servicio. Haremos todo lo posible para ayudarle a determinar la elegibilidad al autorizar los beneficios de la terapia; sin embargo, se le anima a llamar a su compañía de seguros para verificar su cobertura, entender sus beneficios y entender sus obligaciones financieras.
15. Si la persona que recibe terapia es menor de 18 años, solicitamos que el padre/tutor permanezca en la clínica o proporcione un número de teléfono en caso de una emergencia o en caso de que una sesión termine temprano.

He leído y recibido una copia de las pautas enumeradas anteriormente y acepto acatarlas.

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Relacion al Paciente (si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (con letra de Molde)