

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Con el fin de proteger la privacidad de su información médica y financiera solicitamos que complete el siguiente formulario para ayudarnos a servirle mejor. Hemos proporcionado un panfleto de la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) para ayudar a explicar esto con más detalle.

Autorizo al personal de Advanced Motion PT Inc. para liberar cualquier información médica / financiera a las siguientes personas y o empresas.

Iniciales ---->

AUTORIZACIÓN DE MODELO PARA LA FOTOGRAFÍA

Yo doy permiso a Advanced Motion fisioterapia para utilizar mi foto e imagen en todas las formas y medios de comunicación para los informes médicos, actualizaciones, editorial alterar sin restricciones y otros fines lícitos. Entiendo que tengo derecho a ninguna indemnización. Libero el fotógrafo todas las formas de responsabilidad y reclamaciones relacionadas con mi uso de foto o video.

Iniciales ---->

ACUERDO FINANCIERO

- A. Yo, el abajo firmante autoriza a divulgar información a las compañías de terceros y asignar todos los beneficios del seguro para el tratamiento de pagarse directamente a la anterior con el nombre proveedor y solicitar que esta asignación permanecen en el archivo con cualquier compañía de seguros. Certifico que una copia de esta asignación será tan válida como el original.
- B. Estoy de acuerdo que soy responsable de esta deuda independientemente del seguro o por otras razones y que voy a pagar cualquier saldo no pagado en su totalidad dentro **de 90 días de la fecha de servicio**. Estoy de acuerdo en pagar interés de 18% anual sobre el saldo impago agravado diariamente.
- C. En caso de que mi cuenta no se paga según lo acordado o es delinciente, estoy de acuerdo en pagar una **cuota de Agencia de colección del 50%** de mi saldo no pagado además mi saldo y cargos de intereses devengados si a una agencia de colección.
- D. Además de una cuota de Agencia de colección de 50%, también Acepto pagar honorarios de un abogado razonables a razón de \$150 por hora. En caso de que sea necesario para la Agencia de cobro del acreedor original a traer una demanda legal para cobrar esta deuda, estoy también de acuerdo en pagar los costos de la corte y someterse a la jurisdicción del Tercer Tribunal de distrito de SL Condado Estado de Utah.
- E. Si cualquier parte de este proyecto de ley o de los servicios prestados es discutida, acuerdan someter la controversia a resolución alternativa (mediación y arbitraje) y yo y me comprometo a asumir el coste de hacer así.
- F. Acepto a una evaluación de terapia y tratamiento posterior proporcionado y supervisado directamente por un físico con licencia o terapeuta ocupacional empleado por Advanced movimiento terapia física Inc.
- G. En caso de que el industrial o escapes de seguro de auto o se niega a pagar, autorizo a movimiento de avanzada para cobrar mi seguro de salud.

Iniciales ---->

POLIZA "DE AUSENTE"

ENTIENDO QUE SE EVALUARÁ SI NO MUESTRA UNA CITA SIN CANCELAR UNA **CUOTA DE \$20**. ENTIENDO QUE ESTE CARGO NO LO CUBRIRÁ MI SEGURO.

Iniciales ---->

Firma del paciente

Fecha

Padre o tutor firma si el paciente es menor de 18

Fecha