



## Acuerdo de Política Financiera

Gracias por elegir Havelock Physical Therapy. Esperamos poder servirle. Si alguna vez tiene alguna pregunta o inquietud, por favor comuníquenosla.

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

1. Solicitamos el registro avanzado de pacientes a través de nuestro portal de pacientes. Si no tiene la capacidad de registrarse electrónicamente, se le proporcionará la documentación. Se requiere la presentación de documentación antes de su evaluación inicial.
2. Regístrese en la recepción a su llegada para cada cita de terapia.
3. **Por favor, notifíquenos de cualquier cambio en su seguro, médico, historial médico, medicamentos, etc.**
4. **La asistencia constante y el cumplimiento del plan de tratamiento establecido es extremadamente importante para que usted logre el mejor resultado de su terapia.** Por favor, infórmenos a (402) 325-0044 con 24 horas de antelación 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 las sesiones adicionales. 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. Si no se cancela una cita, se considera una "ausencia". *Después de una segunda ausencia, se le eliminará de cualquier cita programada restante. En caso de que esto suceda, deberá comunicarse con nosotros para reprogramar. Si no reprograma en menos de 30 días a partir de su visita más reciente, se le dará de alta de la terapia y se notificará a su médico remitente. En caso de no presentarse, se le puede cobrar una tarifa de \$ 25.00.*
6. Si la persona que recibe la terapia es menor de 18 años, solicitamos que el padre/tutor permanezca en la clínica o proporcione un número de teléfono en caso de emergencia o en caso de que una sesión termine antes de tiempo. *En el caso de que el padre/tutor no regrese a la clínica antes del final de la sesión de terapia, se le cobrará al padre/tutor una tarifa de \$ 25.00.*
7. 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 la re programe. Si alguna vez no está seguro de la fecha y hora de su próxima sesión de terapia, pregunte a nuestro personal de recepción.
8. Mantenga informado a su terapeuta de las citas con el médico para que podamos brindarle actualizaciones sobre su progreso.
9. En sus primeras visitas, su terapeuta le proporcionará instrucciones y actividades que deberá realizar en casa. **Su programa de hogar es fundamental para su éxito y lo llevará al mejor resultado posible.**
10. Si algún miembro del personal sospecha que usted está bajo la influencia del alcohol, medicamentos sin receta o sustancias ilegales, se le pedirá que abandone nuestras instalaciones. Será enviado a casa en taxi u otro medio seguro, a su cargo.
11. En caso de clima severo u otro cierre de instalaciones, su cita será cancelada/reprogramada. Si no está seguro de si la clínica está abierta o cerrada, llame a (402) 325-0044 antes de conducir a la clínica.
12. No nos hacemos responsables de ningún artículo personal que se deje en nuestra clínica.
13. Si tiene preguntas sobre la facturación, para solicitar una divulgación de información o para establecer un plan de pago, llame a nuestra recepción al (402) 325-0044.

### Responsabilidad Financiera

**Es su responsabilidad saber qué cubre su plan de seguro individual.** Algunos planes de seguro limitan el número de visitas a terapia y/o requieren un copago en el momento del servicio. Haremos todo lo posible para ayudarlo a determinar la elegibilidad al autorizar los beneficios de terapia; Sin embargo, le recomendamos que llame a su compañía de seguros para verificar su cobertura, comprender sus beneficios y comprender sus obligaciones financieras.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación (yo mismo, padre, tutor, etc.)

\_\_\_\_\_  
Fecha