

DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA

INFORMACIÓN SOBRE EL COPAGO

Muchas gracias por seleccionar al Departamento de Rehabilitación Ambulatoria de Orange Coast Medical Center. Hemos verificado los beneficios de terapia física / terapia ocupacional / terapia del habla con su compañía de seguros. Se nos ha informado que debe hacer un copago de \$____ por visita. Debe hacer este pago en el momento de recibir el servicio. Si no puede hacerlo, hable con el personal de recepción, ellos se complacerán en explicarle las opciones adicionales a su disposición.

NORMAS SOBRE LAS CITAS

Deseamos informar a nuestros pacientes las siguientes normas:

1. La cancelación de las citas se debe hacer 24 horas antes de la cita programada.
2. Cuando un paciente falte a tres citas sin notificación previa, se le puede suspender la terapia.
3. Cuando un paciente cancele cinco citas, se le puede suspender la terapia.
4. Los pacientes que lleguen con más de 15 minutos de retraso se les considerará ausentes o se les dará tratamiento durante menos tiempo, dependiendo del horario del terapeuta.
5. Si el paciente tiene una enfermedad que se transmite por el aire o debe seguir cualquier precaución de aislamiento, debe cancelar su cita hasta que ya no deba seguir tal precaución.

Si no cumple con la prescripción de su médico de servicios de rehabilitación debido a la violación de las normas sobre citas explicadas, es posible que su afección empeore. En el caso de que sus servicios de rehabilitación se suspendan antes del cumplimiento de la prescripción de su médico, le recomendamos que se comunique con él en referencia a la afección por la cual se prescribieron los servicios de rehabilitación.

Agradecemos su cooperación al ayudarnos a proporcionar los servicios de rehabilitación de mejor calidad para la comunidad.

He leído las normas anteriores y me comprometo a acatarlas.

Nombre del paciente
(en letras de molde): _____ Firma: _____ Fecha: _____