



**CAROLINA THERAPY SERVICES**

**Información del paciente**  
**Carolina Therapy Services**

Nombre (First) \_\_\_\_\_ Segundo nombre (si tiene) \_\_\_\_\_ Apellido (last) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Estado Civil:  Soltero/a  
 Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a

Dirección (Calle) \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono en casa \_\_\_\_\_ # en el trabajo \_\_\_\_\_ # de celular \_\_\_\_\_  
Numero Social (si tiene): \_\_\_\_\_ Nombre y teléfono para casos de emergencia \_\_\_\_\_

**Información de la persona responsable por el costo**

Nombre (First) \_\_\_\_\_ Segundo nombre (si tiene) \_\_\_\_\_ Apellidos (Last) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  
 Viudo/a  Divorciado/a

Dirección (calle): \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono en casa: \_\_\_\_\_ # de trabajo: \_\_\_\_\_ # celular: \_\_\_\_\_  
# De Licencia para manejar (si tiene): \_\_\_\_\_ Numero Social (si tiene): \_\_\_\_\_

Nombre de la persona con la que trabaja: \_\_\_\_\_  
Dirección de la persona con la que trabaja: \_\_\_\_\_

**Información de la Aseguradora para la salud (primaria, si es que tiene)**

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ # de la identificación: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurador/a \_\_\_\_\_ Relación con el/la paciente  Paciente  Esposo/a  
 Dependiente del asegurado/a  
Dirección de la persona con la que trabaja: \_\_\_\_\_  
# Social del asegurado (si tiene): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

**Información de la Aseguradora para la salud (Secundaria, si es que tiene)**

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ # de la identificación: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurador/a \_\_\_\_\_ Relación con el/la paciente  Paciente  Esposo/a  
 Dependiente del asegurado/a  
Dirección de la persona con la que trabaja: \_\_\_\_\_  
# Social del asegurado (si tiene): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Yo, a través de este conducto, asigno, transfiero y autorizo a Carolina Therapy Services, Inc. todos mis derechos, título e interés de mis beneficios de reembolso médicos cubiertos por la póliza de mi aseguradora para la salud. Autorizo la liberación de mi información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización tendrá validez hasta que yo ofrezca una notificación por escrito que suspenda esta autorización. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos sean o no cubiertos por la compañía de aseguradora de la salud.

Firma de la persona asumiendo la responsabilidad

Fecha \_\_\_\_\_



## Consentimiento y reconocimiento del paciente, padre, cuidador

Escriba sus iniciales en cada sección y firme a continuación.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para el tratamiento:** Doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento/cuidado, según lo determine necesario, por parte de Carolina Therapy Services, Inc. Soy consciente de que la práctica de la terapia no es una ciencia exacta y entiendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de tratamientos o procedimientos. Reconozco que la terapia puede brindarse en áreas no totalmente aisladas de otros pacientes y personal.

\_\_\_\_\_ **Aviso de prácticas de privacidad** es una descripción completa de los derechos de los pacientes en Carolina Therapy Services, Inc., con respecto a la información de los pacientes y cómo se protege la información del paciente. Se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este Consentimiento. Doy permiso a Carolina Therapy Services, Inc. para divulgar información, de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de Carolina Therapy Services, Inc.

\_\_\_\_\_ **Responsabilidad financiera:** Doy mi consentimiento y autorizo a Carolina Therapy Services, Inc. a solicitar, presentar y recibir todos los beneficios de seguro médico, privado/primario/secundario o todos los demás beneficios, para todos y cada uno de los servicios prestados. Acepto que seré solidariamente responsable financieramente de cualquier parte de la factura de Carolina Therapy Services, Inc. que no se pague, incluidos, entre otros, (i) deducibles, copagos, (ii) cualquier servicio no asegurado, o (iii) cualquier cargo que supere las limitaciones de pago impuestas por terceros pagadores. Entiendo que se cobrará una tarifa de procesamiento de \$ 25.00 por un cheque devuelto de mi institución bancaria, y que después de 3 cheques devueltos, todos los pagos deberán realizarse en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.

\_\_\_\_\_ **Medios digitales y comunicación electrónica:** Doy mi consentimiento para las grabaciones de medios digitales (es decir, video, audio, fotografías) y/o comunicación electrónica, incluidos mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados, con el fin de educar al paciente/padres/cuidadores, programas de ejercicios en el hogar, tratamiento planificación, fines de diagnóstico, cobro de deudas y/o capacitación interna. Si se almacenan, las grabaciones se ubicarán en equipos de la empresa protegidos con contraseña o encriptados.

\_\_\_\_\_ **Política de cancelación/ausencia:** reconozco la comprensión de la política de cancelación/ausencia. Carolina Therapy Services, Inc. solicita que le dé un aviso de al menos 24 horas antes de cancelar una cita. Dos ausencias y/o dos o más cancelaciones tardías/injustificadas dentro de un mes calendario darán como resultado que el paciente sea colocado en un "estado flotante". Este estado requiere que el paciente/padre/cuidador llame y re programe citas futuras. Estas citas se ofrecerán por orden de llegada. Carolina Therapy Services, Inc. no garantiza un terapeuta específico, cuando está en un estado flotante.

\_\_\_\_\_ **Pacientes pediátricos:** reconozco que uno de los padres/cuidador debe estar presente (es decir, en la sala de espera) durante la sesión de terapia. Sin embargo, si el paciente tiene 10 años o más y no tiene problemas de comportamiento, se permiten las devoluciones. Además, reconozco que soy responsable de mi hijo fuera de la sesión de terapia.

\_\_\_\_\_ **Derechos y responsabilidades:** Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar la *Política de atención al paciente de Carolina Therapy*.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la firma anterior

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente



CAROLINA THERAPY SERVICES

## Política de atención al paciente

Derechos del paciente y responsabilidades como paciente de Carolina Therapy Services, Inc.

### Derechos del paciente

- Usted tiene el derecho a una atención considerada, respetuosa.
- Usted tiene el derecho a hacernos explicar diagnósticos, tratamiento y resultados en una manera fácil de entender.
- Usted tiene derecho a esperar que todas las comunicaciones y registros sobre su atención médica se trate con confidencial, respetuosa de los requisitos legales.
- Usted tiene el derecho de rechazar el tratamiento, en la medida permitida por la ley y a ser informados de las consecuencias médicas de esa acción.
- Usted tiene el derecho a expresar cualquier preocupación o las quejas que se presentan, sin temor, con respecto a su salud con su proveedor o con un miembro del personal.
- Usted tiene el derecho a recibir atención no discriminatoria sin importar raza, credo, color, religión, género, orientación de género, origen nacional, discapacidad o edad.
- Los padres pueden solicitar a observar las sesiones en cualquier momento.
- Carolina Therapy Services asegurará que dos empleados están presentes en el momento del servicio en la clínica.

### Responsabilidades del paciente

- Por favor déjenos saber por lo menos 24 horas de anticipación para cancelaciones.
- Por favor llegar a tiempo a citas programadas.
- Para seguridad de nuestros pacientes, nos podemos permitir que los niños sean desatendidos en nuestro lobby.
- CTS no es responsable de su hijo fuera de su sesión de terapia.
- Si cambia el estado de salud de usted o su hijo, es su responsabilidad notificar a su proveedor.
- Si su seguro/aseguranza cambia, es su responsabilidad notificar al personal o a su proveedor. No avisar podría resultar en responsabilidad del paciente.
- Favor de dar a su proveedor, personal de la clínica y los pacientes, respeto y consideración. Esto no incluye gritos, amenazas, maldiciones o violencia de cualquier tipo.
- Proporcionar información honesta, precisa y completa sobre su salud para que el personal puede darle la mejor atención de salud posible.
- Acudir a sus citas programadas o reprogramar citas canceladas con anticipación
- Seguir con su plan de cuidado.
- Discutir sus inquietudes con el proveedor o con un miembro del personal si surge problemas.
- Tratar al personal y pacientes en la clínica sin discriminación sin importar raza, credo, color, religión, género, orientación de género, origen nacional o edad.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **FRP Policy**

Carolina Therapy Services se esfuerza por garantizar una comprensión clara de su responsabilidad financiera con respecto a los servicios médicos que brindamos. A partir del 9/1/22, nuestra póliza se ha actualizado para reflejar que los pacientes con un saldo de \$ 500 o más, deben establecer un plan de pago con CTS, o los servicios se pondrán en espera hasta que el saldo se pague en su totalidad y / o por debajo de 60 días vencidos. Para los planes de pago, ofrecemos un plan el día en que se prestan los servicios, semanal o mensualmente. También ofrecemos un portal para pacientes donde puede pagar por usted / la terapia de su hijo en línea ingresando su número de cuenta y nombre:

<https://www.patientnotebook.com/carolinatherapyservices/Enhanced/StatementLookup/Home>

**Al firmar a continuación, reconozco la póliza actualizada de FRP y acepto hacer copagos en el momento del servicio, o dar a Carolina Therapy Services la información necesaria para inscribirse en un plan de pago. Entiendo que si el saldo de mi hijo supera los \$500, corremos el riesgo de que el tratamiento se suspenda.**

\_\_\_\_\_  
**Paciente o Persona Financieramente Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Director Del Programa**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**