

**Lakeside Comprehensive Rehabilitation, Inc.**  
**601 East Main Street**  
**Hart MI 49420**  
**231-873-5675**

**LA AUTORIZACION PARA el TRATAMIENTO de TERAPIA, La TAREA de BENEFICIOS,  
RESPONSABILIDAD de PAGO Y NOTA de PRÁCTICAS de INTIMIDAD.**

**La Autorización para el tratamiento:** el abajo firmante por la presente autoriza LCR la compañía y/o sus contratistas (se refirió colectivamente a como el “Proveedor”) rendir al paciente Físico, Profesional, Terapia de Masaje, u otros servicios relacionados. (Se refirió colectivamente a como Terapia atiende a) que el proveedor y/o el medico de paciente determina a ser necesario o conveniente. El abajo firmante concuerda en cooperar con todas las peticiones razonables del Proveedor con respecto a la interpretación de Proveedor de servicios de terapia. Todos los pacientes bajo la de 18 tienen que estar acompañado de un padre/guardián a menos que otros arreglos Hagen sido hechos.

**La tarea de Beneficios:** El abajo firmante por la presente asigna y transfiere al proveedor el derecho a cualquier pagos de los tercero a que el abajo firmante puede ser o puede llegar a ser permitido para servicios de terapia rendidos por el proveedor. El abajo firmante por la presente autoriza al proveedor a aplicar y archivar para todo tales pagos de beneficio para ser hecho directamente al proveedor. Cualquier pagos del beneficio del seguro recibidos por el abajo firmante para servicios tendeos por el proveedor sean pagados al proveedor.

**La Responsabilidad del Pago :** El abajo firmante Serra financieramente responsable de ninguna porción de la factura del proveedor que no es pagada, pero esas cargas que son negadas debido a reglas de seguro y máximos diarios. El bajo firmante concuerda en ejecutar cualquier y todo el documento y realizar cualquier acto que el proveedor puede solicitar razonablemente asegurar que todos los beneficios de terceros para servicios de Terapia sean pagados a los pacientes que existen y política actual de seguro de enfermedad. Un \$25.00 honorario puede ser cargado al paciente si un paciente no muestra por cita planificada. Como un recordatorio, el abajo firmante por la presente tomo responsabilidad de saber que los limites de alcance y beneficios de sus planes de la salud para evitar cualquier confusión que factura. Todas las co-pagues o el co aseguro son debidas en aquel momento de servicios a menos que otros arreglos hagan sido hechos.

**La Nota de Practicas de Intimidad:** El abajo firmante por la presente reconoce habiendo tenido una oportunidad de revisar y o revisa una copia de la Nota del Proveedor de la Practica de Intimidad. El abajo firmante da consentimiento al llamar la casa del paciente u otra ubicación designada y deja algún recado, u contestador, correo de voz o con una persona que menciona cualquier articulo que participa en al llevar a cabo que su asistencia medica atiende a, estos recordatorios de la cita que son, heridas de seguro e información relacionaron a su cuidado clínico. El proveedor también puede enviar documentos a su casa u otra ubicación designadada. Estos artículos pueden ser recordatorios de cita, nuevos, documentos de admisión, prueban resultados siempre que sean marcados “confidencial” El Proveedor puede mandar un correo electrónico a mi casa asistencia medica que atiendo. El abajo firmante es de acuerdo con como el Proveedor utilizara o revelara información personal de salud. El abajo firmante aun más les ha dado consentimiento a las operaciones antes mencionadas de la Práctica de Intimidad de Proveedores.

**Imprima Nombre:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**La relación al paciente (s) (si incapaz de firmar):** \_\_\_\_\_

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