



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Gracias por elegir Speakeasy Therapy Services. Ofrecemos terapia de lenguaje, ocupacional, y física. Nos especializamos en sus necesidades para que se sienta cómodo sabiendo que aquí tomamos en cuenta los detalles más pequeños para brindar la mejor atención posible.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en permitir que Speakeasy Therapy brinde servicios de terapia para mi Hijo/a, ser querido o para mí.

\_\_\_\_\_ He visto y acepto los objetivos de tratamiento y el plan de terapia.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en asistir a las terapias programadas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que a mi hijo/hija o ser querido se le puede dar trabajo para hacer en casa. Estoy de acuerdo en ayudar con el objetivo de tratamiento descrito.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se pueden facturar varios códigos según los objetivos y el plan de tratamiento.

### **Póliza de Atención**

Los servicios de terapia de Speakeasy se comprometen a proporcionar el mejor servicio posible a todos nuestros pacientes. Por favor lea atentamente lo siguiente, se han realizado cambios con respecto a las nuevas pólizas de atención de terapia de Speakeasy. Debido a los cambios, se requiere inicialización en las líneas y firmas para recibir tratamiento.

1. **Agendas:** Entendemos que los horarios a veces fuera de Speakeasy pueden ser agitados. Para evitar eso aquí en Speakeasy, nuestro departamento de citas intenta de acomodar tanto como sea posible. Después de que el paciente tenga su cita, es la responsabilidad del paciente/padre/guardián de llegar a la cita(s). Speakeasy hará todo lo que sea necesario para asegurar que cada paciente entienda la agenda. Teniendo esto en cuenta, las versiones escritas de los horarios están disponibles si usted lo desea. \_\_\_\_\_
2. **Mensajes Recordatorios:** Los mensajes recordatorios son mandados de cortesía un día antes de su cita. Por favor confirmar o cancelar sus citas para

que el personal de la oficina pueda confirmar que asistirán a su terapia o para poder ofrecer ese espacio a otro paciente que esté en nuestra lista de espera para esa cita. Si usted no está recibiendo los mensajes recordatorios por favor de verificar su número telefónico con el personal de la oficina. Por Favor tome en cuenta que si no responde a los mensajes recordatorios vamos a asumir que asistirá a su cita programada. \_\_\_\_\_

3. **Cancelaciones/Cita pérdidas:** Por favor cancele todas las citas con 24 horas de anticipación o más con el departamento de agendas. Si una cita no es cancelada con más de 24 horas de anticipación se la hará un cobro de \$35 por cada sesión perdida. Este cobro no está cubierto por su aseguración. \*\*Pacientes de Medicaid le sugerimos que re programe su cita(s) pérdidas \_\_\_\_\_
  
4. **Citas Perdidas:** Asistencia regular es requerida cuando usted tiene un espacio permanente. Asistencia regular es requerida para que el paciente pueda progresar y ser exitoso/a en llegar a sus metas. Las aseguraciones médicas han comenzado a revisar las asistencias de los pacientes para determinar si siguen dando autorización para sus citas cuando llega el tiempo de pedir nueva autorización para continuar sus servicios. **Los pacientes con un espacio permanente tiene permitido perder 1 cita durante un periodo de 4 semanas específicamente al día de la semana que viene ( Ya que pueden tener varios días agendados).** Si es removido de sus citas permanentes y puesto en una lista de "cancelaciones" el paciente permanecerá en la lista hasta que pueda mantener su asistencia. Si su terapeuta está fuera por alguna razón esto no afectará a la asistencia del paciente al menos de que Speakeasy Therapy haya encontrado a alguien que cubra para los días que su terapeuta está fuera.  
\_\_\_\_\_
  
5. **Enfermedades imprevistas, Lesiones o problemas relacionados con COVID. \*\*\*** Para mantener sus citas actuales\*\*\* Speakeasy Therapy necesitará que presente una nota de su pediatra y cualquier cita perdida tendrá que ser reprogramada al regresar a sus terapias si no excede más de 2 citas perdidas. Si no puede proveer una nota de su doctor para COVID también aceptaremos un examen negativo. \_\_\_\_\_
  
6. **Cancelaciones de Terapeutas:** En el evento que un terapeuta no le es posible llegar a una cita nosotros hacemos todo lo posible para encontrar alguien para suplirlo/a para esa cita. Si no encontramos a alguien para cubrir a su terapeuta nosotros los contactamos lo más pronto posible para cancelar o reagendar su cita. \_\_\_\_\_



## Formulario de responsabilidad financiera del paciente

Gracias por elegir a Speakeasy Therapy Services, LLC. como su proveedor de atención médica. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras para pacientes, que son las siguientes:

1. El **paciente (el guardián del paciente)** es el responsable final del pago de su tratamiento y atención.
2. El paciente es responsable de los cargos de citas perdidas como se describe anteriormente en la Póliza de asistencia. El paciente es responsable de los cargos asociados con los formularios de finalización.
3. El paciente es responsable de los costos asociados con el cobro de balance del paciente.
4. El estado de cuentas del pacientes se pueden enviar por correo (o correo electrónico) mensualmente a pedido. El paciente es responsable de realizar su pago, o de organizar un plan de pago, dentro de los 30 días posteriores a la fecha que aparece en su estado de cuenta del paciente.
5. El paciente es consciente de que la falta de pago de su tratamiento y atención dará lugar a que se tomen medidas de cobro para cobrar la deuda (es decir, que se envíe a una agencia de cobro).

\_\_\_\_\_ Su firma a continuación forma un acuerdo vinculante entre Speakeasy Therapy Services, LLC (el proveedor de servicios médicos) y el paciente que recibe servicios médicos, o la persona responsable de los pacientes menores (los pacientes menores de 18 años). La persona responsable es el padre o guardián legal del paciente o la persona que es financieramente responsable del pago de las facturas médicas.

\_\_\_\_\_ Todos los cargos por servicios prestados vencen y se pagan al momento del servicio.

**SEGURO MÉDICO:** Aceptamos una variedad de diferentes seguros médicos que le facturamos como un servicio para usted.

\_\_\_\_\_ Como persona responsable, usted es responsable si su compañía de seguros se niega a pagar por cualquier motivo.

La persona que firma en nombre del paciente como persona responsable debe:

- Informe a SPEAKEASY THERAPY SERVICES, LLC de la dirección actual y el número de teléfono del paciente y de la persona responsable, cambio en el seguro (dar nueva tarjeta)
- Presente todas las tarjetas de seguro actuales a cada visita a la oficina.
- Verifique en cada visita que la información esté corriente al firmar nuestra hoja de registración.
- Pague cualquier copago requerido ANTES del momento de la visita.
- Pague cualquier cantidad adicional debido dentro de los 30 días de haber recibido un estado de cuenta de nuestra oficina. (Cuando Speakeasy Therapy recibe una explicación de los beneficios (EOB) de su compañía de seguros, se le facturará cualquier cargo que deba pagar).

**Poliza de cheques devueltos:**

Si se realiza un pago en una cuenta con cheque, y el cheque se devuelve como fondos no suficientes, la cuenta cerrada o referir a creador, el paciente o la persona responsable del paciente será responsable por la cantidad del cheque original, además de \$ 25.00 cargo por servicio. Una vez recibido el aviso del cheque devuelto. Si no se recibe una respuesta dentro de los 15 días de la fecha de la carta del paciente o la persona responsable, la cuenta puede ser entregada a nuestra agencia de cobranza y se agregará una tarifa de cobro al saldo pendiente, además del cargo por servicio de cheques de \$ 25.00.



### Falta de pago en cuenta

Si los procedimientos de cobro u otra acción legal se vuelven necesarios para cobrar una cuenta vencida, el paciente o la persona responsable del paciente, entiende que Speakeasy Therapy Services, LLC tiene el derecho de divulgar a una agencia de cobro externa toda la información personal y de cuenta necesaria para cobrar el pago por los servicios prestados. El paciente, o la persona responsable del paciente, entiende que es responsable de todos los costos de cobro, incluido el 33% adicional al saldo pendiente, todos los costos judiciales y los cargos del abogado. Al firmar a continuación, usted acepta la responsabilidad financiera total como el paciente que recibe servicios médicos o como la persona responsable de los pacientes menores. Su firma verifica que haya leído la declaración de divulgación anterior, comprende sus responsabilidades y acepta estos términos.

Nombre impreso de la persona responsable: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Con mi firma a continuación, por lo presente autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a Speakeasy Therapy Services, LLC. y entidades asociadas para servicios prestados según lo permitido por los contratos estándar terceros. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta asignación.

He leído, entiendo y acepto las disposiciones de este formulario de responsabilidad financiera del paciente:

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable (padre / guardian)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## La renuncia a la autorización del paciente

Renuncia de autorizaciones de pacientes:

No deseo que se divulgue información y prefiero pagar en el momento del servicio y / o ser totalmente responsable de los cargos y presentar reclamaciones a mi compañía de seguros a mi discreción.

---

Firma de la persona responsable (padre/guardian)

---

Fecha



## Autorización para la divulgación de Información

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_

**\*Marque todo lo que corresponda\***

Entidad de recibir información	Descripción de la información de ser liberada.
<input type="checkbox"/> Padre / Cónyuge Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Resultados / evaluaciones / notas <input type="checkbox"/> Información financiera <input type="checkbox"/> InformationInformación médica
<input type="checkbox"/> Nombre de hospital: _____	<input type="checkbox"/> Resultados / evaluaciones / notas <input type="checkbox"/> Información financiera <input type="checkbox"/> InformationInformación médica
<input type="checkbox"/> PCM Nombre: _____  <input type="checkbox"/> *Personal de enfermería asociado* _____  Otros especialistas: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Resultados / evaluaciones / notas <input type="checkbox"/> Información financiera <input type="checkbox"/> InformationInformación médica
<input type="checkbox"/> Correo de voz	<input type="checkbox"/> Resultados / evaluaciones / notas <input type="checkbox"/> Información financiera <input type="checkbox"/> InformationInformación médica
<input type="checkbox"/> Otros familiares/amigos que llevan al niño/niña a la terapia para obtener resultados, educación para llevar a casa. Nombre _____	<input type="checkbox"/> Resultados / evaluaciones / notas <input type="checkbox"/> Información financiera <input type="checkbox"/> InformationInformación médica

Esta autorización expirará: \_\_\_\_\_ (fecha). Al no agregar una fecha, este documento permanecerá vigente hasta que el paciente lo revoque.

Entiendo que:

- No tengo que firmar esta autorización. Todavía podré recibir tratamiento aquí aunque no la firme.
- Se me permite ver o copiar la información de salud que se utilizará o compartirá.
- Puedo retirar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya se ha divulgado, pero será efectiva en el futuro.
- La persona o organización que obtiene mi información de salud debido a esta autorización puede tener el derecho de compartirla con otras personas sin mi permiso.

---

Firma del paciente o padre/guardian

---

Fecha





## Aviso de Privacidad HIPAA

La ley exige que Speakeasy Therapy Services, LLC mantenga la seguridad de su información de salud. Esta información puede incluir:

- Notas del médico, maestro o otro proveedor de atención médica de usted/su hijo
- Historial médico de usted/su hijo
- Resultados de las pruebas de usted/su hijo
- Notas de tratamiento de usted/su hijo
- Información del seguro

La ley nos exige que le entreguemos una copia de nuestro aviso de privacidad (se adjunta al final de este paquete). Este aviso le informa cómo se puede usar y compartir su información de equisalud. También le informa cómo puede ver y comentar en su información.

**Al poner sus iniciales y firmar este documento, usted dice que se le ha entregado una copia de nuestro aviso de privacidad.**

\_\_\_\_\_ Reconozco que se me ha entregado el aviso de privacidad de HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Derechos y responsabilidades del paciente

### El paciente tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad y con la protección de su privacidad.
- Recibir una respuesta rápida y razonable a las preguntas y solicitudes.
- Saber quién le brinda servicios médicos y quién es responsable de su cuidado.
- Saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si el paciente no habla Inglés.
- Saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
- Recibir información del terapeuta, como el diagnóstico, el curso de tratamiento planificado, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
- Rechazar cualquier tratamiento, excepto que la ley disponga lo contrario.
- Recibir información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para el cuidado.
- Saber si el terapeuta o el establecimiento aceptan la tarifa de asignación de Medicare, si el paciente está cubierto por Medicare.
- Recibir antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos por cuidado médico.
- Recibir una copia de una factura detallada comprensible y, si se requiere, que se le expliquen los cargos.
- Recibir tratamiento médico o acomodación, sin importar la raza, el origen nacional, la religión, la discapacidad o la fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier condición médica de emergencia que se deteriore por la falta de tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y para dar su consentimiento o rechazo a participar en dicha investigación.
- Expresar quejas sobre cualquier violación de sus derechos.

**El paciente es responsable de:**

- Darle al terapeuta información precisa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y cualquier otra información sobre su salud.
- Informar al terapeuta sobre cambios inesperados en su condición.
- Informar al terapeuta si él o ella entiende el curso de acción planificado y qué se espera de él o ella.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por el terapeuta.
- Cumplir con las citas y, cuando no pueda hacerlo, notificar al terapeuta o centro.
- Sus acciones si se rechaza el tratamiento o si el paciente no sigue las instrucciones del terapeuta.
- Asegurarse de que las responsabilidades financieras se llevan a cabo.
- Cumplir con las normas y regulaciones de conducta del establecimiento de salud.
- Evitar la difamación sobre el terapeuta o oficina a otros o a través de las redes sociales.



Si le gustaría saber más información sobre nuestras políticas de privacidad o tiene alguna pregunta por favor de contactarnos. Si usted siente que en algún momento hemos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con la decisión que hicimos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o ubicaciones alternativas, puede presentar una queja con nosotros utilizando la información de contactos. También puede presentar una queja por escrito al departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección cuando presente la solicitud para que pueda presentar su queja.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja con nosotros o con el departamento de salud y servicios humanos de EE. UU.

Speakeasy Therapy  
(702)-515-4009

\_\_\_\_\_  
Paciente (o/ Padre/guardián) Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito



Estimados padres/tutores,

La seguridad y el bienestar de su hijo es nuestra mayor preocupación. Por lo tanto, a partir del 1 de enero de 2022, deberá permanecer en las instalaciones y estar disponible de inmediato para el personal durante la sesión de terapia de su hijo.

Durante la sesión, si sale o quiere esperar en su vehículo, el personal debe poder comunicarse con usted de inmediato por teléfono para que pueda regresar a las instalaciones en 5 minutos.

Esta política se está implementando para mitigar los problemas que han ocurrido en el pasado. Ejemplos incluyen:

- Los padres que no regresan por sus hijos al finalizar la sesión.
- Descansos no programados para ir al baño durante la sesión que el personal no puede facilitar.
- Desafíos de comportamiento que requieren intervención inmediata de los padres, etc.

**TENGA EN CUENTA: EFECTIVO A PARTIR DEL 01.04.24: Si sale de la propiedad y no puede ser localizado o regresa a las instalaciones dentro de los 5 minutos indicados anteriormente, se aplicarán las siguientes tarifas y curso de acción: Tarde de 0 a 10 minutos. Se cobrará una tarifa de \$20.00. y cada 10 minutos a partir de entonces se cobrarán \$20.00 adicionales hasta un total de \$60.00. Si llega tarde más de 30 minutos, no tendremos otra alternativa que comunicarnos con CPS y nuestra policía local. Esto se basa en las recomendaciones de CPS. El pago de las tarifas se realizará al recoger a su hijo o antes de su próxima sesión de tratamiento. El incumplimiento resultará en la pérdida de los servicios.**

**Gracias por su comprensión y cooperación. Al firmar a continuación, acepta esta nueva política.**

Nombre del padre

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de los padres

\_\_\_\_\_



7425 W. Azure Dr., Ste. 140 Las Vegas, NV 89130  
2490 Paseo Verde Parkway, Ste. 155 Henderson, NV 89074  
3965 W. Cheyenne Ave., Ste. 101 North Las Vegas, NV 89032  
6345 S. Jones Blvd., Ste. 300 Las Vegas, NV 89118

## ZERO TOLERANCE POLICY

Speakeasy Therapy Services enforces the policy of "zero tolerance" according to which, the aggressive behavior of patients or parents towards all staff (administration and providers) will not be tolerated. It is a great honor for Speakeasy Therapy to have all the patients who have trusted this office and its services.

We welcome feedback in regards to the medical services the office(s) provide. However, we will not tolerate anyone doing so by being rude and/or offensive.

### **The examples of behavior that will not be accepted include:**

- Physical violence toward any staff member
- Abusing any staff member with foul language
- Persistent or unrealistic demands that cause stress to staff members will not be accepted. Requests will be met wherever possible and explanations given when we cannot accommodate the request
- Verbal abuse towards the staff in any form including but not limited to verbally insulting or intimidation of the staff with threatening language
- Shouting at any staff member
- Racist remarks or racism towards any staff member

Any patient who violates this policy will be immediately discharged from this facility without warning.

\_\_\_\_\_  
PRINT PATIENT NAME

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
PATIENT SIGNATURE OR PARENT SIGNATURE (IF PATIENT IS A MINOR)

**ATENCIÓN A TODOS LOS PACIENTES DE MEDICAID:**

En su papeleo inicial/paquete de admisión, usted firmó un reconocimiento al comenzar los servicios de que usted es financieramente responsable si el seguro no paga por sus servicios. Nos ha llamado nuestra atención que muchas familias AHORA TIENEN SEGURO PRIVADO/COMERCIAL JUNTO CON MEDICAID, y no han estado informando a la oficina principal del nuevo seguro "primario".

Cuando obtiene un seguro privado individualmente oa través de su empleador, Medicaid se convierte en el seguro secundario. Por lo tanto, se requiere la verificación del seguro primario, se puede requerir autorización y se requiere que la facturación/los reclamos se facturen primero antes de que Medicaid cubra cualquier sesión.

Los copagos y deducibles pueden ser cubiertos por Medicaid como secundario, con la autorización vigente según sea necesario. Sin embargo, si no facturamos primero al seguro primario por las sesiones, cualquier dinero recibido de Medicaid por las sesiones facturadas como seguro primario tendrá que ser reembolsado a Medicaid. Este saldo pasará a ser responsabilidad del padre/paciente por no informar a la oficina del NUEVO SEGURO PRIMARIO.

Por favor tenga en cuenta que el seguro se factura como una cortesía y las compañías de seguros requieren que sigan los procedimientos de facturación enviando primero las reclamaciones al seguro principal.

Si NO INFORMA A LA OFICINA DE SU NUEVO SEGURO PRIMARIO, este es un recordatorio de que todas y cada una de las facturas serán responsabilidad de la familia.

Entiendo que soy responsable de todas y cada una de las obligaciones financieras para el tratamiento mío o de mi familiar, y debo proveer nueva información de seguro a Speakeasy Therapy para evitar un gran saldo adeudado.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

5. Para mantener la confidencialidad, no compartiré el enlace de mi cita de telesalud con ninguna persona no autorizada para asistir a la cita

Al firmar esto yo aclaro:

- Que he leído o me han leído este formulario y me han explicado este formulario
- Que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los procedimientos.
- Que he comenzado a dar amplia oportunidad para hacer preguntas y que todas las preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

---

Paciente (Padre/Guardian) Firma

---

Fecha

---

Imprima Nombre





## Consentimiento informado para consulta de telesalud

1. Entiendo que mi terapeuta del habla/ ocupacional / física desean que participe en una consulta de telesalud.
2. Mi terapeuta del habla/ ocupacional / física me explico como funciona la llamada por conferencia de video que se utilizara para la consulta de terapia
3. Entiendo que una consulta de telesalud tiene beneficios potenciales, incluido un acceso más fácil a la atención y la comodidad del lugar que yo elija.
4. Yo entiendo que la consulta de terapia de telesalud tiene riesgos potenciales de tecnología, interrupciones, dificultades técnicas. Yo entiendo que mi terapeuta o yo podemos desconectarnos de nuestra consulta/visita si sentimos que la videoconferencia no es adecuada para la situación.
5. He tenido un conversación con mi proveedor durante la cual he tenido la oportunidad para hacer preguntas sobre este procedimiento. Mis preguntas han sido contestadas y los riesgos, beneficios, y cualquier alternativa han sido discutidas conmigo en el lenguaje que yo entiendo.

## Consentimiento para usar telesalud de Speakeasy Therapy Services, LCC

Zoom es el programa de tecnología que usarán para conducir la consulta de terapia por videoconferencia. Es muy fácil de utilizar sin que requiera ninguna contraseña. Al firmar este documento yo reconozco:

1. ZOOM NO es un servicio de emergencia y en el evento de una emergencia yo usare un teléfono celular para llamar al 911.
2. Aunque mi proveedor y yo podemos estar en contacto virtual directo a través del servicio de telesalud, ni ZOOM ni Speakeasy Therapy Services LCC proveedores ningún servicio o consejo médico o de atención médica, incluidos, entre otros, servicios médicos de emergencia o urgentes.
3. Los servicios de zoom facilitan videoconferencias y no son responsables de la entrega de ningún consejo o atención médica.
4. No asumo que mi proveedor tenga acceso a ninguna o toda la información técnica en los servicios de Zoom o que dicha información sea precisa o esté actualizada. No confiaré en que mi proveedor de atención médica tenga esta información en los servicios de zoom.



**PARA SER COMPLETADO SÓLO POR PACIENTES QUE SON DE PAGO PRIVADO (NO USANDO ASEGURANZA)**

**Pacientes de pago inmediatos**

Por Favor note que cada visita tendrán que ser pagados antes de los servicios. Efectivo o cheques son preferidos. Si usted paga con tarjeta de crédito se le hará un cobro extra de \$10.00.

\_\_\_\_\_  
Paciente (Padre/ Guardián) Firma

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



**PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR PACIENTES CON UN DEDUCIBLE DE ASEGURANZA**

Para aquellas pólizas de seguro que tengan deducible o segunda aseguranza por favor elija entre las siguientes opciones de pago:

\_\_\_ Me gustaría pagar por cada cita para que vaya a una porción de mi deducible

Yo entiendo que mi deducible es \_\_\_ Individual \_\_\_ Cumplido

\_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_ Cumplido

\_\_\_ Me gustaría que mi compañía de aseguranza sea cobrada primero y después yo pagaré el balance restante después de que hayan sido procesados los reclamos.(Por Favor tome en consideración que esta puede ser una suma muy grande y si no es pagada será enviada a una agencia de colecciones con recargos adicionales)

Correo para recibir notificaciones de su balance: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente (Padre/ Guardián) Firma

\_\_\_\_\_

Firma de Padre/ Guardián

\_\_\_\_\_

Fecha



## **Anexo a la responsabilidad financiera Autorización de Asegurancia medica y tratamiento combinado**

Seguro médico y divulgación del cliente:

Nos ha llamado la atención que ciertas compañías de aseguranzas permiten cierta cantidad de visitas por año calendario que se combinan con otras terapias (Habla, Ocupacional, Physica, Ciropractico, rehabilitación pulmonar, rehabilitación cardiovascular ect . . ) Como tal, si su aseguranza combina visitas y está recibiendo alguno de estos servicios en otro lugar, entonces es su responsabilidad informar a nuestra oficina. Nosotros no podemos rastrear sus visitas de otras instalaciones. Si Speakeasy no es informado que usted está recibiendo servicios en otra instalación o en caso de que brindemos servicios que superaron la cantidad máxima autorizada de visitas por año calendario debido a terapias combinadas, usted acepta pagar cualquier monto por los servicios prestados y cualquier costo para cobrar esos fondos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ( Parde/ Guardian) Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito