



## HOJA DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**HIPAA RECONOCIMIENTO:** Todos los pacientes tienen que iniciar una de las siguientes preguntas:

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que se me ha proporcionado una copia del aviso de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_ Yo reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, pero declino aceptarlo en este momento.

Método de contacto aceptable: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ E-mail

¿Nos da permiso para que le dejemos un mensaje? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No

¿Podemos llamarle por teléfono, enviar un correo electrónico o un mensaje de texto para confirmar las citas? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

¿Podemos hablar de su condición médica con algún miembro de su familia? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Nombre del familiar: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

---

### Póliza de cancelación y no presentación

Se espera que participe activamente en el proceso de recuperación y que se esfuerce al 100% por alcanzar los objetivos establecidos para usted, por su terapeuta y su médico. Su asistencia es crítica para el éxito del programa, por lo tanto, las citas perdidas pueden ser reportadas a su médico, compañía de seguros, empleador y consejero vocacional. Además, si no acude a una visita programada o no reprograma ninguna visita dentro de las 24 horas anteriores a la hora programada, se le cobrará una tarifa por no presentarse/cancelación.

\_\_\_\_\_ Por la presente reconozco que he leído y comprendido la declaración anterior relativa a la tarifa de No Presentación/Cancelación.

---

### Covid-19 Política de reconocimiento

\_\_\_\_\_ Por la presente reconozco que he leído y comprendido la póliza de prácticas de Covid-19; y que, no he dado positivo por Covid-19 ni he estado en contacto con alguien que lo haya dado positivo en las últimas 2 semanas.