



BIENVENIDO A RECONSTRUCTIVE ORTHOPEDIC CENTER OF HOUSTON

Aquí usted encontrará información referente a nuestro departamento de terapia y a su tratamiento. Esperamos que este documento le ofrezca la información necesaria para su visita a nuestro centro mas placentera.

- **Horas de operación:** 8:00am a 5:00pm, de lunes a viernes. La última cita antes del almuerzo será a las 11:00am y la última cita del día será a las 3:30pm.
- **Si usted requiere de una hora específica para su cita:** Nosotros trataremos de acomodar su cita lo antes posible, pero por favor solicite sus citas con dos semanas de antelación para asegurarnos de que las horas serán apartadas para usted.
- **Espera de la cita:** Si usted llega muy temprano a su cita será difícil para nosotros comenzar su terapia antes de su hora asignada. Tratamos de que todos nuestros pacientes reciban el tiempo de terapia que se merecen y por ello hacemos las citas de acuerdo a esto.
- **Llegada tarde a la cita:** Si usted llega tarde a su cita, el terapeuta le dará otra si es necesario. Si usted viene el día equivocado, a usted se le dará otra cita solo si no hay un espacio libre para ser tratado ese día. Por favor, tenga en consideración que si usted llega tarde, esto interferirá con el tratamiento de otros pacientes.
- **Si usted tiene que cancelar su cita:** Por favor, cancele su cita con 24 horas de antelación. Nosotros usualmente tenemos pacientes esperando recibir su cita, así que 24 horas por adelantado nos da el tiempo suficiente para conseguirle un horario adecuado para la cita que usted canceló. Si usted está siendo ayudado por Worker's Compensation y pierde una cita, nosotros estamos obligados a enviar una nota a su compañía de seguros y a su doctor diciéndoles que usted no llegó a su cita. Las visitas que se pierden deben ser recuperadas durante la misma semana.
- **Teléfonos celulares no pueden ser usados dentro de la clínica,** excepto si su trabajo lo requiere y usted es contactado por una emergencia. Las llamadas innecesarias le restan tiempo a usted y a su terapeuta. Los teléfonos celulares también pueden causar daño a personas que usan marcapasos para el corazón.
- **Límite de visitantes y niños en la clínica:** Familiares y niños tienen que esperar en la sala de espera para mantener la privacidad y seguridad suya, de ellos y de otros pacientes. Hemos descubierto que los niños pueden interrumpir e impedir que los pacientes reciban el tiempo necesario para su terapia, mientras que los familiares ocupan el espacio y los asientos que otros pacientes podrían necesitar.

- **Cita con su terapeuta principal:** Por favor, haga su cita lo antes posible con su terapeuta principal para asegurar la continuidad de su tratamiento. Nuestros terapeutas trabajan de cerca con asistentes certificados (COTA's) quienes también participarán en su tratamiento. Estos asistentes están entrenados en rehabilitación de la mano y siguen los tratamientos establecidos por su terapeuta principal. Este estará siguiendo su progreso y modificando su tratamiento si es necesario. Si usted tiene dudas acerca de su tratamiento, deberá discutirlo con su terapeuta principal.
- **Tarifas y moldes (ferulas) se deben pagar al momento de recibir el servicio.** PPO y personas que pagan independientemente necesitan pa su tarifa después de cada sesión de terapia.
- **Despues de cada visita, por favor notifique su salida en el buro de recepción.** Su cuenta será procesada por la secretaria y cualquier otro asunto referente a su terapia o seguro será discutido.
- **Si su seguro requiere una prescripción de su doctor principal:** Será su responsabilidad confirmar que la prescripción es válida para cada visita. Usted también debe saber que algunas compañías de seguro solo permiten 60 días de terapia consecutiva por diagnóstico, por año en el calendario.
- **El estacionamiento se encuentra cerca de nuestro edificio.** Está techado y es gratis, para su conveniencia.

(Firme aquí) _____ Yo he leído toda la información y seguiré todas las normas y regualciones de esta clínica .

Nuestros terapeutas son:

Kathy Brou, OTR, CHT
Francisco Mendoza, MOT, OTR

Debra Miller, MHSPT, CHT
Joanna Ford, COTA

Tecnología de terapia:
Tacarrington Ray

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
(Escriba sus iniciales donde corresponda)

CONSENTIMIENTO PARA SU TRATAMIENTO. Sabiendo que tengo una condición que requiere tratamiento médico, voluntariamente consiento dicho tratamiento, incluyendo el procedimiento para el diagnóstico y los tratamientos médicos ordenados por mis doctores. Soy consciente de que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, y de que nadie me ha dado garantía sobre los resultados de tales tratamientos y exámenes. _____

ZONA LIBRE DE TABACO. Soy consciente de que ROC es una zona libre de tabaco, y que el uso de cualquier tipo de tabaco está prohibido, excepto en áreas designadas para este tipo de actividad. _____

PROHIBICIÓN DE DROGAS ALCOHOL Y ARMAS. Entiendo que la política de ROC prohíbe el consumo, uso o posesión de drogas no recetadas (incluyendo sustancias controladas tales como marihuana, cocaína y heroína), alcohol, o armas en la clínica o en la sala de espera de los pacientes. En caso de que se encontraran algunas de estas sustancias no recetadas, armas o alcohol, estas serán confiscadas y se alertará a las autoridades si fuera necesario. El no cumplir con esta póliza podría resultar en mi expulsión de la terapia. _____

AVISOS A LOS PACIENTES. Si usted sospecha que tiene una problema relacionado con alcohol o drogas, por favor informe a su médico, enfermera, asistente social o psicóloga. Si fuera necesario, se incluirá ayuda para este tipo de problemas en su plan de rehabilitación. _____

CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO. Consiento que se hagan grabaciones de audio o video de mi persona, en formato de fotografía, ilustración o video para ser utilizadas con mi propósitos educativos o de investigación., o para ser publicados en medios científicos, siempre y cuando mi nombre e imagen sean utilizados solo bajo mi consentimiento. _____

CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA. Autorizo a ROC a dar a conocer cualquier información o diagnóstico requerido por la compañía de mi seguro o sus agentes. Entiendo que esta información incluirá, donde sea necesario, el resultado de pruebas de laboratorio específicas de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana, agente causante del SIDA) o el diagnóstico del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirido). Solicito y autorizo a ROC a dar a conocer información médica de mi historial. _____

Entiendo que la información puede ser enviada por telefono o fax, siempre y cuando se tomen las medidas necesarias para proteger la confidencialidad de estos datos. _____

ARTÍCULOS PERSONALES. Se me ha informado que debo dejar en casa mis artículos personales y asumo la responsabilidad por los objetos personales que lleve conmigo en las áreas de tratamiento. Entiendo que ROC no se hará responsable por los artículos personales perdidos, robados o dañados. _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA. Prometo pagar a ROC o cualquier médico, proveedor u otro personal por sus servicios prestados, de acuerdo con las facturas presentadas. Si participo en algún plan de seguro médico privado, reconozco que tengo la responsabilidad financiera por los servicios prestados, aún cuando estos sean excluidos por no ser considerados médicamente necesarios por mi plan de seguro, o por cualquier otra razón. _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS. Asigno de forma irrevocable a ROC todos los beneficios de seguro médico que me fueron pagados por medio de mi trabajo, por servicios profesionales. _____

ASIGNACIÓN DE MEDICARE. Certifico que la información dada por mí al solicitar beneficios de Medicare es correcta. Autorizo a ROC a divulgar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios, toda la información necesaria para esta solicitud de beneficios de Medicare. Igualmente, solicito que cualquier pago al que tenga derecho por los beneficios del Medicare sea hecho directamente a ROC. _____

ASIGNACIÓN DEL MEDICAID. Solicito que los pagos de beneficio autorizados bajo Medicaid por cuenta mía, sean hechos directamente a ROC. _____

DIVULGACIÓN Y COMPRENSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. La comisión de Compensación de los Trabajadores regula las tarifas y cargos por asistencia médica, servicios hospitalarios y medicinas. Algunas veces, la Comisión determina que ciertas tarifas y cargos no están relacionados con la lesión por la cual el paciente fue hospitalizado, y determina que no está directamente relacionada con el accidente de trabajo. Entiendo que si la Comisión determina que la tarifa o cargo no será reembolsado por la Compensación de Trabajadores, yo aceptaré la responsabilidad por el pago de cualquier tarifa o cargo no cubierto. _____

Este consentimiento es válido mientras nos sea revocado o cambiado. Certifico que he leído la información previamente mencionada o que la información se me ha leído y que entiendo mis derechos y obligaciones como paciente de ROC. Toda fotocopia de este documento será considerada como un original.

Signature of patient or guardian

Date

Witness

Date

Si el paciente es incapaz de firmar o dar su consentimiento oral, por favor indique la razón:

Menor de edad

Impedimento físico

Impedimento mental

Otros _____

Relación de la persona que firma el documento por el paciente _____