



158 State Street, Meriden, CT 06450  
Phone: (203) 237-7835 Fax: (203) 237-9187

### **Bienvenido a Easterseals Medical Rehabilitación:**

En nombre del personal del Centro de Rehabilitación Easterseals, me gustaría darle la bienvenida a nuestro Centro. El programa de rehabilitación que está comenzando ha sido diseñado específicamente para usted para que pueda alcanzar sus objetivos. Nuestra misión es ser la organización de rehabilitación preferida al combinar experiencia, compasión, atención de alta calidad y devolverle su más alto nivel de función y un estilo de vida totalmente productivo e independiente.

El programa de rehabilitación que está a punto de comenzar puede incluir los siguientes servicios:

- Terapia ocupacional para abordar las actividades de la vida diaria
- Fisioterapia para tratar los déficits funcionales
- Terapia del habla para abordar las dificultades de comunicación

### **Su Participación en su Plan de Tratamiento**

Para obtener el máximo beneficio de tu programa es muy importante que asistas y participes plenamente en todas las sesiones y actividades programadas. Tendremos comunicación continua con su médico con respecto a su progreso. Para que el médico evalúe su progreso, es imperativo que asista a su programa de terapia para acelerar su recuperación.

### **Programa de ejercicios (HEP)**

Su terapeuta le proporcionará un programa de ejercicios en el hogar, que es esencial para que le vaya bien en su rehabilitación. Un programa de ejercicios en casa debe realizarse dos o tres veces al día. Te enseñaremos para qué sirven los ejercicios y cómo puedes utilizarlos para fortalecerse. ¡Estar activo en su propia rehabilitación valdrá la pena!

### **Otros Proveedores de Tratamiento**

Tenga en cuenta que reconocemos que es su derecho elegir otros tipos de proveedores de atención. Por favor, infórmenos si está recibiendo tratamiento/servicios de otros proveedores, ya que puede afectar su atención con nosotros, así como su cobertura de seguro.

### **Programación y Cancelación de Citas**

Faltar a las sesiones podría afectar negativamente el proceso de rehabilitación, disminuyendo los efectos positivos de su progreso y potencialmente retrasando su rehabilitación, así como retrasando su regreso a las actividades. Programar visitas en nuestro centro es muy importante. Si no puede asistir a su cita, llámenos lo antes posible. Faltar a las citas no solo retrasa su progreso personal, sino que también puede retrasar el de otra persona. Si debe cancelar, llámenos al **203-237-7835 (x110)**

El Centro de Rehabilitación Easterseals opera de acuerdo con los estándares éticos profesionales establecidos. Si alguna vez no está satisfecho con nuestros servicios, tiene derecho a presentar una queja en cualquier momento. Será mi responsabilidad personal investigar y tomar las medidas correctivas que sean necesarias.

Nuestro centro ha sido diseñado y dotado de personal para que su visita sea lo más placentera posible. Si desea obtener información adicional sobre nuestros servicios, no dude en revisar nuestro sitio web [easterseals.com/waterburyct/](http://easterseals.com/waterburyct/)

Esperamos poder ayudarlo a alcanzar sus objetivos de terapia personal y los de su médico de referencia. Por favor, háganos saber si podemos ayudarlo de alguna manera posible.

Sinceramente,  
Christina L. Colon, PTA  
Gerente de Sitio de Servicios de Rehabilitación Médica





**POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACION CUIDADOSAMENTE ...**

**ACUERDO DE PACIENTES Y BENEFICIOS DE SEGURO**

**PERMISO PARA CUIDADO GENERAL:** Por la presente doy mi consentimiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se pueden realizar en mí durante mi visita a Easterseals Rehab. Estos procedimientos se proporcionan bajo la dirección de mi médico de referencia y otros médicos involucrados en mi cuidado. Entiendo que los Easterseals Rehab ocasionalmente aceptarán estudiantes de profesiones de terapia y que estos estudiantes pueden estar involucrados en la observación o prestación de servicios bajo la dirección de un terapeuta con licencia.

**AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS:** Por la presente asigno beneficios para incluir un importante seguro médico, privado o cualquier otro plan a Easterseals Rehab. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos o no pagados por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar este pago. He sido informado de las políticas de pago del Easterseals Rehab. He proporcionado acceso a Easterseals Rehab con mi información de seguro y entiendo que los beneficios que se les cotizan pueden incluir beneficios ya utilizados por mí. Soy responsable de ser consciente de las limitaciones de beneficios de mi seguro. **TENGA EN CUENTA: LOS BENEFICIOS, SI SON CITADOS VERBALMENTE POR LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, NO SE CONSIDERAN UNA GARANTÍA DE PAGO.**

***\*\*Nota: Easterseals verificará sus beneficios como cortesía hacia usted, la información que se nos da no es una garantía de pago y no somos responsables de ninguna información errónea que su transportista nos haya transmitido. Llame al número de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta para verificar sus beneficios por nuestros servicios.\*\****

**ACUERDO FINANCIERO:** En consideración a los servicios prestados por Easterseals Rehab a mi solicitud y instrucciones, acepto pagar en su totalidad, dentro de los treinta (30) días de la fecha de facturación, cualquier parte de la factura que se considere mi responsabilidad. Si es necesario que Easterseals Rehab participen en abogados o agencias de cobro para cobrar el saldo adeudado, acepto pagar honorarios de cobro de abogados legales y razonables y costos judiciales. Además, autorizo la divulgación de registros médicos a la agencia de cobro, abogado de cobro y / o sus agentes para fines de recolección.

**SOLICITUD DE PAGO PARA MEDICARE/MEDICAID:** Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo TVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social, el Programa Medicare/Medicaid, sus intermediarios u organización de revisión profesional, cualquier información necesaria para esta o una reclamación relacionada con Medicare/Medicaid. Autorizo el pago de beneficios en mi nombre.

**INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:** Doy mi consentimiento al usuario o divulgación de mi información médica protegida por parte del Easterseals Rehab a cualquier persona u organización con el fin de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago o realizar ciertas operaciones sanitarias. La información de salud protegida utilizada o divulgada por Easterseals Rehab puede incluir información relacionada con el VIH/SIDA, información psiquiátrica y de salud conductual, e información sobre el tratamiento de drogas y alcohol, siempre y cuando dicha información se utilice o divulgue de acuerdo con Connecticut y la ley federal, que requieren que proporcione una autorización específica. Entiendo que la información sobre cómo el Easterseals Rehab utilizará y divulgará mi información se puede encontrar en el Aviso de Prácticas de Privacidad de los Centros de Easterseals Rehab. Entiendo que el consentimiento es efectivo mientras Easterseals Rehab mantenga mi información médica protegida.



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA**

El paciente abajo firmante, consiente que Easterseals Rehab usen y divulguen mi información médica protegida, incluyendo, si corresponde, abuso de drogas/alcohol, VIH e información psiquiátrica para los fines de mi tratamiento, operaciones de atención médica y pago por parte del pagador de mi beneficio de atención médica.

Además, doy mi consentimiento para que Easterseals Rehab divulgue mi información médica protegida a lo siguiente para lo siguiente:

- Atención Primaria o Médico de referencia para atención de seguimiento.
- A otros proveedores para la coordinación de la atención.
- A otros proveedores para la planificación de derivación **yalta**.

Se me ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad del Easterseals Rehab y entiendo que tengo el derecho de revisar este aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Easterseals Rehab se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad, descritas en su Aviso, y que si deseo recibir una notificación de cualquier cambio en el Aviso, puedo comunicarme con el Representante de Servicio al Paciente de Easterseals Rehab en la clínica donde recibo atención.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar este consentimiento. Si me niego a firmar este consentimiento, Easterseals Rehab puede proporcionarme tratamiento; sin embargo, seré responsable de los cargos incurridos en el momento del servicio. Entiendo que el tratamiento requerido por la ley, como la atención de emergencia, se me proporcionará si firmo o no este consentimiento.

A menos que me oponga, Easterseals Rehab puede divulgar información de salud protegida de carácter general a mi familia u otras personas que participen personalmente en mi cuidado, incluidos los cambios en mi condición.

Tengo el derecho de solicitar que Easterseals Rehab restrinja la forma en que usan y/o divulgan mi información médica protegida con el propósito de proporcionar tratamiento, obtener el pago y/o llevar a cabo operaciones de atención médica. Easterseals Rehab no está obligado a aceptar cualquier restricción que solicite. Si Easterseals Rehab decide aceptar mi solicitud, ellos deben respetar la restricción impuesta al uso y/o divulgación de mi información de salud. También entiendo que tengo derecho a solicitar comunicaciones confidenciales por medios alternativos o ubicaciones. Sin embargo, Easterseals Rehab puede denegar la solicitud si determina que sería administrativamente difícil cumplir con mi solicitud.

Entiendo que con respecto al abuso de drogas/alcohol, VIH e información psiquiátrica, este consentimiento expirará 365 días después de la fecha que aparece debajo o 365 días después de mi tratamiento final, lo que ocurra más tarde. También entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento notificando al Representante de Servicio al Paciente del Easterseals Rehab en la clínica donde recibo atención por escrito. Entiendo que si revoco mi consentimiento, no habrá ningún efecto en los usos y divulgaciones ya hechas en base a mi consentimiento previo.

**INFORMACION RELACIONADA CON ELVIH:** En el caso de que la información divulgada constituya información confidencial relacionada con el VIH protegida por la Ley de Connecticut: Esta información se le ha divulgado a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permita dicha ley. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito.

**INFORMACION PSYCHIATRIC:** En el caso de que la información divulgada constituya información psiquiátrica confidencial protegida por la Ley de Connecticut: Esta información se le ha divulgado a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de la misma o de utilizarla para cualquier propósito que no sea el indicado anteriormente sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permita dicha ley.

**RECORDOS DE ABUSO DE DRUG Y ALCOHOL:** En el caso de que la información publicada esté protegida por el Reglamento de Confidencialidad de Los Registros de Abuso de Alcohol y Drogas de HHS: Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.



## ***PATIENT / GUARDIAN AGREEMENT***

- Autorizo la divulgación de la información solicitada por mi plan de seguro para el pago.
- Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado.
- He tenido la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas sobre las prácticas de privacidad de Easterseals Rehab.
- Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Por la presente reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

---

Firma del paciente o tutor legal

---

Fecha

Cuando esté completo y firmado, devuelva esta documentación a la recepcionista. Gracias.



## **PROGRAMAS AMBULATORIOS – INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### **ORIGEN ÉTNICO:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico         | <input type="checkbox"/> Negro                                       |
| <input type="checkbox"/> Hispánico         | <input type="checkbox"/> Blancos no hispano                          |
| <input type="checkbox"/> Negros no hispano | <input type="checkbox"/> Asiático                                    |
| <input type="checkbox"/> Aborigen          | <input type="checkbox"/> Indio de América del Norte/Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Etnia múltiple    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico    |
| <input type="checkbox"/> Disminuido        | <input type="checkbox"/> Otro  |



## Contrato de asistencia de pacientes

¡Gracias por elegir Easterseals para sus necesidades de rehabilitación médica! Respetamos su tiempo y le pedimos que valore el nuestro también. El personal de Easterseals desea proporcionar a todos nuestros pacientes la mejor atención posible. Para ello le pedimos amablemente:

- Si necesita cancelar o reprogramar, contáctenos 24 horas antes de su cita programada.
- Si pierde (3) citas consecutivas sin previo aviso y no hemos podido comunicarnos con usted, eliminaremos sus citas del horario. Puede llamar a la oficina para programar una cita a la vez.
- Si llega más de 15 minutos tarde, intentaremos verlo en la franja horaria más cercana disponible según lo permita el horario.
- Si está ausente de la terapia por más de (4) semanas consecutivas, deberá comunicarse con su proveedor de referencia para una nueva referencia para recibir tratamiento adicional.

La asistencia a sus citas es muy importante para lograr sus objetivos en la terapia. Las citas perdidas afectarán qué tan bien podemos brindarle su tratamiento. También puede hacer que otros pacientes pierdan oportunidades valiosas para el tiempo de tratamiento. ¡La satisfacción y el éxito de todos nuestros pacientes son importantes para nosotros en Easterseals!

**Al firmar a continuación, reconozco y entiendo este contrato de asistencia:**

---

Fecha:

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

---

Fecha:

Firma del terapeuta/representante de recepción