



1331 Lake Dr. SE, Suite 105
Grand Rapids, MI 49506
P: 616-248-9842
F:616-248-9848

Contrato de Pacientes

Good Life Physical Therapy mantiene un código de conducta, la cual los pacientes deben aceptar para continuar con la terapia. Las reglas serán las siguientes:

1. El paciente completara los tratamientos prescritos por el fisioterapeuta y seguirá el regimen de ejercicio en casa.
2. Good Life Therapy tratara de verificar el seguro medico del paciente, pero es la responsabilidad del paciente de comprender y seguir su póliza personal. El paciente sera responsable por los cargos de su copay o coseguro.
3. Es la responsabilidad del paciente de avisar a Good Life Physical Therapy de cualquier novedad en su contrato o en su seguro medico. Si se da algun servicio sin seguro medico, el paciente sera responsable por los cargos.
4. Good Life Physical Therapy hara el intendo de contactar al paciente con recordatorios y horarios de las citas. Pero, es la responsabilidad del paciente de saber su propio horario, o de contactar a Good Life si hay un conflicto en su horario.
5. El paciente asistira a cada cita programada.

Póliza de Asistencia

Cada paciente debe de dar un aviso con **al menos 24 horas de anticipacion** si gusta cancelar su cita. CUALQUIER AVISO CON MENOS DE 24 HORAS DE ANTICIPACION SERA CONSIDERADO UN "NO-SHOW" (No llama, ni asiste a la cita).

El primer (1) No-Show no sera penalizado.

El segundo (2) No-Show resultara en una tarifa de \$25.

Si usted no llama ni asiste alguna cita, usted sera automaticamente penalizado con una tarifa de \$25 y TODAS SUS CITAS SIGUIENTES SERAN CANCELADAS al final del día hábil, al menos que confirmemos con el paciente.

6. Despues de faltar DOS (2) citas sin llamar o asistir, el paciente sera dado de alta de la terapia.

Los fisioterapeutas de Good Life Physical Therapy trabajan muy duro a diario para proveer un servicio excepcional. Prometemos hacer todo en nuestro poder para MEJORAR SU SALUD y esperamos que usted tome su mejoramiento tan en serio como lo hacemos nosotros. Su mejoria es la responsabilidad de nosotros al igual que la de usted. Si usted no puede asistir a sus citas, seguramente hay otra persona que usaria ese tiempo para recibir terapia. Por favor sea considerado!

Gracias por su consideración y cumplimiento. Sera un gusto ayudarle con su terapia.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente