

Información útil para pacientes de terapia y sus familias

Evaluación

Después de la evaluación, el terapeuta hablará con usted sobre los siguientes pasos. Trabajamos en equipo, por lo que tal vez trabaje con más de un terapeuta.

Ropa

Use ropa cómoda que permita acceder al área de su cuerpo donde está el problema.

Beneficios del seguro

Comuníquese con su seguro para obtener detalles sobre la cobertura y los copagos. Es importante entender la diferencia entre beneficio cubierto, autorización y pago. Para ver una lista de preguntas que puede hacer a su compañía de seguros, entre en www.bronsonhealth.com/rehabinsurance. Tal vez deba pagar una parte o la totalidad de los gastos, dependiendo de su cobertura.

Registro

Regístrese en la recepción cuando llegue al hospital para su cita de terapia. Si a los 5 minutos de la hora de la cita no fue atendido, hable con la persona que se encuentra en la recepción.

Cronograma

El personal puede proporcionarle un cronograma impreso de sus citas. Si necesita realizar algún cambio, llame al número impreso en este formulario o su cronograma.

Niños menores en la terapia

Para asegurarnos de que todos los pacientes y los niños estén seguros, los niños deben estar supervisados por un adulto en todo momento. Los adultos que se encuentran en terapia no pueden ser responsables de cuidar niños. Los niños no pueden utilizar ni jugar con el equipo de terapia. Un adulto debe permanecer en el edificio con los pacientes menores de 16 años de edad.

Política de enfermedad

Si el paciente ha presentado fiebre, vómitos, diarrea o congestión grave en las últimas 24 horas, se debe cancelar la cita. Esto protegerá la salud y seguridad de nuestros pacientes y nuestro personal. Para cancelar una cita, llame al número impreso en este formulario o su cronograma.

Cancelación y reprogramación de citas

Si no puede asistir a una cita, llame al número impreso en este formulario o su cronograma. Si es posible, es importante reprogramar las citas de terapia dentro de la misma semana. Obtendrá mejores resultados si asiste a todas las citas recomendadas por el terapeuta y el médico.

Llegadas con retraso

Si se retrasará, llame al número impreso en este formulario o su cronograma. Aún si llega tarde, la cita finalizará a la hora programada. Si se retrasa demasiado, se le solicitará que re programe su cita.

Asistencia

Asistir a terapia es fundamental para el éxito de su programa. Si falta a tres sesiones, se cancelarán sus demás citas. Si esto ocurriera, el médico tendrá que emitir una orden nueva antes de que pueda regresar a terapia.

Privacidad

Ayúdenos a proteger mutuamente la privacidad de ambos. La terapia puede realizarse frente a otras personas. Las fotografías y los vídeos únicamente pueden incluir al paciente durante la terapia.



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

**Bronson Rehabilitation Services
(Servicios de rehabilitación de Bronson)
Política de Asistencia**

Bienvenido a Bronson. Nos complace que nos haya elegido para recibir atención. Nos asociaremos con usted para alcanzar su meta de recuperación.

La mejor manera de alcanzar su meta es asistiendo a todas las sesiones de terapia.

Si tiene que faltar a una sesión, llámenos al

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Battle Creek – (269) 245-8125 | <input type="checkbox"/> Paw Paw – (269) 657-1490 |
| <input type="checkbox"/> Centre - (269) 488-3240 | <input type="checkbox"/> South Haven – (269) 639-2929 |
| <input type="checkbox"/> Elm Valley Drive – (269) 544-3230 | <input type="checkbox"/> Turwill Lane – (269) 488-7380 |
| <input type="checkbox"/> John Street – (269) 341-8034 | <input type="checkbox"/> Vicksburg – (269) 649-9102 |
| | <input type="checkbox"/> West Main – (269) 488-8360 |

Puede dejar un mensaje en cualquier momento. Díganos por qué no puede venir a la terapia. Esto nos ayudará a planear sus citas futuras.

Si falta a tres sesiones de terapia, se cancelarán sus demás citas. Si esto ocurriera, el médico tendrá que emitir una orden nueva antes de que pueda regresar a terapia.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____