

**O & P Services Inc.**  
**AUTORIZACION**

Nombre de cliente: \_\_\_\_\_ Chart# \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR Y DIVULGAR INFORMACION PERMISO DE RESPONSABILIDAD**

Al firmar este documento, autorizo a O & P Services Inc. y sus representantes incluyendo Suzanne O'Connor, CPO, LPO, FAAOP para:

- Realizar evaluaciones y/o servicios de tratamiento.
- Comunicarse con otros profesionales fuera de O & P Services Inc. con respecto a la condicion de mi nino(a) mientras se realizan evaluaciones y tratamiento en O & P Services Inc..

Con mi firma autorizo a O & P Services Inc. sus empleados, y voluntarios de reclamos o de cualquier demanda legal que pueda resultar durante la participacion de mi nino(a) en el programa que esta agencia proporciona.

**AUTORIZACION DE BENEFICIOS Y DIVULGACION DE RECORDS**

Al firmar este documento, autorizo a mi seguro medico transferir mis derechos de reembolso medico a O & P Services Inc., para cubrir todos los gastos ocasionados por el costo de servicios proporcionados durante el tratamiento en dicha institucion.

Autorizo a O & P Services Inc. para enviar copias de cualquier record medico relacionado con el tratamiento de mi nino(a) en esta institucion, cuando sea solicitado por mi seguro medico.

Una Copia identica de esta autorizacion sera considerada valida y efectiva como el original.

**ACUERDO FINANCIERO**

Este acuerdo financiero sirve como contrato entre O & P Services Inc. y el (los) padre(s) o guardian (es) del cliente.

Me comprometo a pagar cualquier balance en la cuenta de mi hijo(a) que no sea cubierta por mi seguro medico, Medicaid, Medicare y/o beneficios no cubiertos por CSHCN. Puedo hacer arreglos con O & P Services, Inc. para pagar el saldo pendiente. O & P, Services Inc. tiene derecho a reportarme con la agencia de cuentas delincente si no cumplo con el contrato.

**NORMAS DE SUPLIDORES**

Los productos y / o servicios proporcionados a usted por O & P Servicios están sujetos a las normas de los proveedores que figuran en los reglamentos Federales que se muestran a 42 del Código Federal de regulaciones sección 424.57 (c). Estas normas se refieren a cuestiones de negocios profesionales y operativos (por ejemplo, garantías y honor a las horas de funcionamiento). El texto completo de estas normas pueden obtenerse en <http://ecfr.gpoaccess.gov>. Si lo solicita, se le proporcionará una copia escrita de las normas.

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Entiendo y autorizo a O & P Services Inc. /Suzanne G. O'Connor CPO/LPO para que en caso de emergencia, arregle el tratamiento medico necesario para mi hijo(a) en un hospital, y para proporcionar archivos del expediente medico, si fuera necesario, en caso de que yo no pueda ser contactado. O & P Services Inc. /Suzanne G. O'Connor CPO/LPO esta autorizado para comunicarse con la(s) siguientes(s) personas, si yo no puedo ser localizado.

NOMBRE	RELACION CON EL CLIENTE	TELEFONO
--------	-------------------------	----------

**COMUNICACION AL PACIENTE**

Por este medio doy permiso a **O & P Services Inc.** que se ponga en contacto conmigo a traves del telefono, correo o correo electronico para discutir cualquier informacion sobre mi estado de salud y tratamiento relacionado con mi protesis y/o ortesis.

Numero de Telefono/s al que se puede contactar \_\_\_\_\_

**(Porfavor marque su eleccion)**

\_\_\_\_\_ Me Pueden dejar un mensaje con informacion detallada sobre mi cuidado.

\_\_\_\_\_ Me puede dejar un mensaje con numero de telefono solamente.

Firmando este documento, estoy conciente de su contenido y estoy de acuerdo con lo que en el se expresa, y autorizo los servicios proporcionados por O & P Services Inc.

Firma de paciente / Representante Legal	Fecha
---	-------