

**O & P SERVICES INC.**  
**ACUERDOS Y TERMINOS FINANCIEROS**

Nombre \_\_\_\_\_

Chart # \_\_\_\_\_

El acuerdo financiero sirve como un contrato entre O & P Services Inc. / Suzanne O'Connor CPO/LPO y el paciente/padre/guardian/cliente.

Al firmar este consentimiento yo certifico por escrito para tratar y acuerdo financiero, yo por medio de la presente le pido a O & P Services Inc. Proveer el/los aparato(s) ortopedico hecho a la medida como lo ordeno mi doctor/a y yo asumo completamente la responsabilidad financiera para pagar por el/los mismos.

Yo por medio de la presente estoy de acuerdo para pagar cualquier balance que aya en mi cuenta o la de mi hijo/a que no este cubierta bajo mi aseguradora, Medicaid, Medicare, y/o los beneficios de CHCN. Aquellas cuentas delincuentes seran reportadas al Buro de Credito.

**YO CERTIFICO QUE MI ASEGURANZA ES LA SIGUIENTE**

Nombre De Aseguranza 1 \_\_\_\_\_

Nombre De Aseguranza 2 \_\_\_\_\_

Nombre De Aseguranza 3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 1. Los aparatos proveidos por O & P Services son hechos a la medida. Si, en el periodo de siete dias despues de la evaluacion inicial yo/nosotros decidimos que no queremos los aparatos hechos a la medida, el cual fue pre-escrita por mi doctor. Yo tendre que informar a O & P Services Inc. **por escrito**. Esta noticia debe ser enviada a O & P Services Inc. 1440 Regal Row #230 Dallas, TX 75247.

\_\_\_\_\_ 2. La porcion de pago del paciente por los servicios, debe ser hecha el dia del envio. Los pacientes con Medicare deberan el 20% si ellos no tienen cubrimiento secundario. Los pacientes con aseguradora privada deberan el deducible anual y la cantidad del co-pago.

\_\_\_\_\_ 3. Si fallo de mostrar por mi cita para la entrega de los aparatos, yo entiendo que soy todavia financieramente responsable del costo de los aparatos. Entiendo que mi compania de seguros sera facturada y cualquier balance sera de mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ 4. Al iniciar cada parte de arriba confirm que entiendo mi responsabilidad financier y estoy de acuerdo al respecto con estos terminos. Confirmo que he recibido una copia de esta forma.

**CONTACTOS HIPAA APROBADOS**

Si usted quisiera agregar contactos (aparte de paciente o tutor legal) al cual usted autoriza a O & P Services Inc. que estara autorizado a divulgar este tipo de informacion, Porfavor complete los espacios siguientes y seleccione la cajilla de verificacion apropiada en base a que cada persona que usted lista tendra derecho a saber sobre su informacion. Porfavor elija a la persona que quisiera tener como contacto de emergencia en caso de una situacion de emergencia en nuestra oficina.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Informacion Financiera       Condicion Medica       Contacto De Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Informacion Financiera       Condicion Medica       Contacto De Emergencia

**Pacientes con Medicare Solamente:** Ha recibido usted algun dispositivo Protesis/Ortesis en los ultimos 5 años?

Si     No    Si Usted Contesto Si que    Fecha Recibida \_\_\_\_\_    Tipo De Dispositivo(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/ Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha