

Patient Name

DOB:

MR #

Hospital y Clínicas de la Universidad de Wisconsin
Clínicas de Rehabilitación
6630 University Avenue Middleton, WI 53562
608-263-8412 Teléfono 608-263-5011 Fax

ASISTENCIA DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS

Nuestro propósito en el Hospital y Clínicas de la Universidad de Wisconsin es ofrecer a nuestros pacientes el mejor cuidado posible. Queremos trabajar con usted para lograrlo. Para que podamos trabajar mejor como un equipo de cuidado médico necesitamos su cooperación en lo siguiente:

- 1. Asistencia:** Nosotros entendemos que se presentan algunas situaciones que hacen imposible que usted mantenga una cita programada. Si esto sucede, llámenos en cuanto sepa que no va a asistir a su cita. Mientras más pronto nos deje saber, mas posibilidades tendremos de ofrecerle la misma hora de la cita a otro paciente. Llámenos al 608-263-8412 para reprogramar la cita en la fecha y hora que funcione para usted. Faltar a las citas disminuye el éxito de sus terapias. Si usted falta a tres citas, se le podría dar de alta.
- 2. Puntualidad:** Si usted llega más de 15 minutos tarde, podríamos pedirle que re programe su cita.
- 3. Seguro Médico:** Usted será responsable de las visitas y cargos que su compañía de seguros no cubra. Contacte al departamento de servicio al cliente de su seguro médico para que le proporcionen información precisa relacionada con los beneficios de su terapia física, ocupacional y/o de lenguaje.

Yo he leído la norma anterior.

Firma

Fecha

Patient Name _____

DOB: _____

MR # _____

Fecha: _____

Hospital y Clínicas de la Universidad de Wisconsin
600 Highland Ave Madison, WI 53792
CLINICA DE REHABILITACION UW HEALTH
TERAPIA FISICA / OCUPACIONAL / DE
LENGUAJE

Complete este formulario para que tengamos su información más actualizada para facilitar la comunicación con usted y su agencia comunitaria.

Nombre: _____

de teléfono donde prefiero ser contactado:

Casa _____

Trabajo _____

Celular _____

Doctor de Cabecera: _____

Contacto de Emergencia: _____

de teléfono: _____

Complete esto si usa servicio de transporte

Servicio de Transporte: _____

de teléfono: _____

Complete esto si está recibiendo servicios de una agencia comunitaria (Care Wisconsin, Centros o Coaliciones para Personas de la Tercera Edad, etc.)

Persona de Contacto: _____

de teléfono: _____

¿Qué desea lograr con la Terapia? ¿Cuáles son sus metas?

