

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
PÓLIZA PARA TERAPIAS EN LA CLÍNICA
COMO PACIENTE AMBULATORIO

Médico que la recetó: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> UW Health Orthotics
6220 University Ave.
Middleton, WI 53562
(608) 263-0583 | <input type="checkbox"/> UW Health Research Park
621 Science Dr.
Madison, WI 53711
Terapia de la columna (608) 265-3341
Terapia deportiva (608) 2634765 | <input type="checkbox"/> Clínica de Rehabilitación de UW
Health
6630 University Ave.
Middleton, WI 53562
(608) 263-8412 |
| <input type="checkbox"/> Hospital y Clínicas de UW
600 Highland Ave.
Madison, WI 53792
(608) 263-8060 | <input type="checkbox"/> UW Health at The American Center
4602 Eastpark Blvd.
Madison, WI 53718
(608) 440-6400 | <input type="checkbox"/> Clínica de Rehabilitación de Manos y
Extremidades Superiores
1 S. Park Street
Madison, WI 53715
(608) 890-6170 |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación Ortopédica
Clínica de Yahara
1050 East Broadway
Monona, WI 53716
(608) 890-6110 | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Nuestro objetivo en el Hospital y Clínicas de la Universidad de Wisconsin es ofrecer la mejor atención posible a nuestros pacientes. Queremos trabajar con usted para lograrlo. Para poder trabajar mejor como equipo de atención médica, necesitamos su cooperación con lo siguiente:

1. **Asistencia:** Entendemos que pueden ocurrir situaciones que dificultan su asistencia a una cita programada. Si esto sucede, por favor llámenos en cuanto sepa que no podrá acudir a la cita. Mientras más pronto nos llame, más posibilidades tendemos de ofrecerle esa hora de la cita a otro paciente. Por favor llámenos al (608) 828-6600 para que podamos reprogramar la cita para una fecha y hora que le funcione a usted. Si usted deja de asistir a tres citas, usted podría ser dado de alta.
2. **Puntualidad:** Si usted llega más de 15 minutos tarde, podríamos pedirle que re programe la cita.
3. **Seguro:** Usted será responsable por cualquier servicio no cubierto y por compartir los costos descritos en su póliza del plan de seguros. Por favor comuníquese con el departamento de servicio a los miembros de su compañía aseguradora para obtener información exacta de la cobertura relacionada con los beneficios de terapias como paciente ambulatorio.

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación: _____

- | | | |
|---|--|---|
| • El paciente es:
(Patient is) | <input type="checkbox"/> Menor de edad
(Minor) | <input type="checkbox"/> Incompetente/Incapacitado
(Incompetent/Incapacitated) |
| • Autoridad Legal:
(Legal Authority) | <input type="checkbox"/> Tutor Legal
(Legal Guardian) | <input type="checkbox"/> Padre/Madre de un Menor
(Parent of Minor) |
| | <input type="checkbox"/> Agente de Cuidados Médicos
(Health Care Agent) | <input type="checkbox"/> Otro: _____
(Other) |

Reviewed by: _____ Date: ____/____/____ Time: _____

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
OUTPATIENT THERAPY CLINIC
APPOINTMENT POLICY

Prescribing Physician: See Spanish Version

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> UW Health Orthotics
6220 University Ave.
Middleton, WI 53562
(608) 263-0583 | <input type="checkbox"/> UW Health Research Park
621 Science Dr.
Madison, WI 53711
Spine PT (608) 265-3341
Sports PT (608) 2634765 | <input type="checkbox"/> UW Health Rehab Clinic
6630 University Ave.
Middleton, WI 53562
(608) 263-8412 |
| <input type="checkbox"/> UW Hospital and Clinics
600 Highland Ave.
Madison, WI 53792
(608) 263-8060 | <input type="checkbox"/> UW Health at The American Center
4602 Eastpark Blvd.
Madison, WI 53718
(608) 440-6400 | <input type="checkbox"/> Hand and Upper Extremity
Rehab Clinic
1 S. Park Street
Madison, WI 53715
(608) 890-6170 |
| <input type="checkbox"/> Orthopedic Rehab
Yahara Clinic
1050 East Broadway
Monona, WI 53716
(608) 890-6110 | <input type="checkbox"/> Other: | |

Our goal at University of Wisconsin Hospital & Clinics is to offer the best possible care to our patients. We want to work with you to make that happen. To best work as a health care team, we need your cooperation on the following:

1. Attendance: We understand situations happen which make it impossible for you to keep a scheduled appointment. If this happens, please call us as soon as you know the appointment will be missed. The earlier you let us know, the more likely we can offer your scheduled appointment time to another patient. Please call us at (608) 828-6600 so we can reschedule the appointment for a date and time that will work for you. If you miss three appointments, you may be discharged.
2. Timeliness: If you are more than 15 minutes late, we may ask you to reschedule your appointment.
3. Insurance: You will be responsible for any non-covered services and cost-sharing outlined in your insurance plan policy. Please contact the member service department of your insurance company for accurate coverage information regarding your outpatient hospital therapy benefits.

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version Date: ___/___/___ Time: _____

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so.

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

- Patient is: Minor Incompetent/Incapacitated
- Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor
 Health Care Agent Other: _____

Reviewed by: See Spanish Version Date: ___/___/___ Time: _____