



## CÓMO EMPEZAR

- Complete el formulario de admisión de clientes. **Deben completarse todas las secciones.**
- Proporcione una foto o escaneado de ***todas*** las tarjetas de seguro.
- El usuario DEBE firmar y fechar la *lista de comprobación de la información del cliente*. Si el usuario no puede firmar o es menor de edad, este formulario debe ser firmado por uno de sus padres/tutor/cónyuge/apoderado (POA, por su sigla en inglés). La lista de comprobación es una divulgación de información y es necesaria para que podamos cumplir con la ley HIPAA.
- Si necesita un dispositivo de prueba gratuito, háganoslo saber y nos encargaremos de facilitárselo.
- Consulte a su asesor local para obtener la última versión de nuestro modelo de informe, así como la guía de recursos del modelo de informe para ayudarle a completar su justificación.

## DEMOGRAFÍA DE LOS CLIENTES

Apellido del usuario del dispositivo: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del usuario del dispositivo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico para la comunicación con el cliente: \_\_\_\_\_

No llamar para fines comerciales.

Consentimiento para contacto comercial.

Diagnóstico médico y/o del habla: \_\_\_\_\_

## FINANCIACIÓN

Primaria: \_\_\_\_\_ N° de póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_ N° de póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Terciaria: \_\_\_\_\_ N° de póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Pago por cuenta propia.

Se adjunta la tarjeta del seguro.

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Dr. (quien prescribe): \_\_\_\_\_

Teléfono del Dr.: \_\_\_\_\_ Fax del Dr.: \_\_\_\_\_

Dirección del Dr.: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PATÓLOGO DEL HABLA Y EL LENGUAJE (SLP, por su sigla en inglés)

Nombre del SLP: \_\_\_\_\_ Teléfono del SLP: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del SLP: \_\_\_\_\_

Empresa/Escuela del SLP: \_\_\_\_\_

Dirección del SLP: \_\_\_\_\_



# Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por su sigla en inglés)/ Lista de comprobación del cliente

Nombre del usuario del dispositivo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ **Misión, información al cliente, reclamaciones de los clientes, derechos y responsabilidades de los clientes e información sobre acreditación (véase el Manual del Cliente).**
  
- \_\_\_\_\_ **Aceptación de los servicios:** Entiendo que al firmar este acuerdo autorizo a Numotion para que me brinde productos y/o servicios. También entiendo que los productos y servicios brindados son prescritos por mi médico y que es necesario que permanezca bajo la supervisión de mi médico tratante durante el curso de mi atención.
  
- \_\_\_\_\_ **Autorización de la información médica:** Por la presente autorizo la divulgación a Numotion de todos y cada uno de mis registros médicos relacionados con mi historial médico, servicios prestados o tratamientos recibidos de mi(s) médico(s), hospital o agencias de enfermería. Con el fin de procesar las reclamaciones de seguros, también autorizo a Numotion a proporcionar a mis compañías de seguros, o a la escuela, cualquier historial médico, servicios prestados o tratamiento necesario. Autorizo el intercambio de documentación entre la escuela y Numotion (es decir, IEP). También entiendo que mi información puede estar sujeta a revisión por parte de agencias de acreditación o gubernamentales.
  
- \_\_\_\_\_ **Asignación de beneficios del seguro:** Autorizo el pago directo de los beneficios del seguro por parte de mi compañía aseguradora a Numotion. En caso de que mi compañía de seguros no acepte la "asignación de beneficios", entiendo que los pagos pueden enviarse a mí directamente y que estoy obligado a endosar y enviar dichos pagos directamente a Numotion para el pago de mi factura. Entiendo que tengo la obligación de comunicar sin demora a Numotion cualquier cambio en la cobertura del seguro.
  
- \_\_\_\_\_ **Responsabilidad financiera:** Entiendo que soy responsable ante Numotion por todos los gastos no cubiertos por mi seguro. Reconozco que en el caso de que mi compañía de seguros, empleador o cualquier otro tercero pagador se niegue a pagar el precio de compra de los artículos arriba mencionados, o retrase el pago más allá de los 90 días de mi recepción de los artículos, o en el caso de que no tenga cobertura de seguro o un tercero pagador, seré responsable de dichos pagos y realizaré el reembolso puntual dentro de los 30 días siguientes a la notificación por parte de Numotion de todos los cargos.
  
- \_\_\_\_\_ **Si tiene Medicaid:** Entiendo que, si tengo Medicaid, no soy financieramente responsable de los artículos cubiertos mientras mi número de Medicaid esté activo al momento del parto. Además, entiendo que puedo ser o seré responsable de los cargos si mi estado de Medicaid cambia. Notificaré a Numotion sobre cualquier cambio en mi cobertura de Medicaid.
  
- \_\_\_\_\_ **Política de devoluciones:** Los equipos que vende Numotion son personalizados/especializados o pedidos especiales y no son retornables. Autorizo a Numotion a enviarme a mí, a mi cuidador y/o a mi médico clínico actualizaciones del estado de mi pedido por correo electrónico.
  
- \_\_\_\_\_ **Autorización fotográfica:** Por la presente autorizo a Numotion a tomar fotografías/videos que puedan utilizarse para documentar la necesidad médica de equipos o servicios proporcionados por Numotion, y que puedan presentarse a pagadores de seguros u otros profesionales médicos según sea necesario para evaluación o consulta. Por la presente eximo a Numotion de cualquier responsabilidad relacionada con estas fotografías/videos siempre que se utilicen para los fines descritos anteriormente.
  
- \_\_\_\_\_ **Los permisos para que Numotion comparta información y documentación incluyen, entre otros, los siguientes:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que firma en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el usuario del dispositivo: \_\_\_\_\_