

Acuerdo De Terapia de Health Sphere Wellness Center

_____ Yo valoro los servicios de terapia física de mi hijo y entiendo que mi hijo se beneficia de los servicios que avanzarán su desarrollo que muchos otros niños son incapaces de recibir debido a la falta de terapeutas físicos pediátricos en Middle Tennessee.

_____ Entiendo que los fisioterapeutas de Health Sphere Wellness Center están haciendo que sea conveniente para mí al conducir a mi casa afuera de sus propios fondos y sólo pueden venir a mi domicilio en determinados momentos debido a la programación de otros niños.

_____ Entiendo que también tengo la opción de tratamiento en uno de los lugares de Health Sphere Wellness Center.

_____ Entiendo la necesidad de flexibilidad en la programación debido a la naturaleza frágil de los pacientes. Una ventana de tiempo es permitida debido a la conducción, clima, tráfico y planificar cambios si un bebé tiene que ir al hospital o están muy enfermos.

_____ Si tengo que cancelar una cita, informará Health Sphere Wellness Center de mi cancelación un mínimo de 24 horas en avance.

_____ Entiendo que si mi hijo no cumple con los servicios de terapia más de una vez al mes, TEIS serán contactados para analizar los servicios de terapia ajuste para satisfacer mejor las necesidades de mi hijo. (Si es aplicable)

Usted y su hijo son importantes para nosotros. ¡Queremos que avance más allá de sus objetivos!

Gracias por entender cómo juntos podemos hacer que esto suceda, y cómo podemos tratar mejor a todos los niños de Middle Tennessee.

Padre o tutor

Fecha

Fisioterapeuta

Fecha