



## NOTIFICACIÓN DE AVISO – LEY DE ACCESO DIRECTO

De conformidad con el capítulo 298 de las Leyes de 2006, la legislación del estado de Nueva York autoriza a los fisioterapeutas calificados (con un mínimo de tres años de experiencia práctica o equivalente) a tratar pacientes sin un referido de un médico, dentista, podólogo o enfermero facultativo (“Ley de Acceso Directo”). Sin embargo, dicha ley no rige en el caso de los pacientes que estén cubiertos por un seguro de indemnización por accidentes laborales, seguro por lesiones personales sin necesidad de demostrar culpa o por Medicare, o que tengan casos pendientes de responsabilidad civil.

De conformidad con la Ley de Acceso Directo, declaro que:

- Entiendo que mi tratamiento podría no estar cubierto por mi plan de atención médica o seguro sin un referido de un médico, dentista, podólogo o enfermero facultativo y que mi tratamiento podría estar cubierto si se realiza en virtud de un referido.
- Entiendo que soy responsable de ponerme en contacto con mi plan de atención médica o seguro para determinar si este cubre mi tratamiento sin un referido de un médico, dentista, podólogo o enfermero facultativo.
- Entiendo que el tratamiento sin un referido se limita a diez (10) visitas o treinta (30) días, lo que ocurra antes.
- El tratamiento comenzará el \_\_\_\_\_.  
Fecha
- Mi tratamiento no está relacionado con una lesión cubierta por un seguro por lesiones personales sin necesidad de demostrar culpa o por un seguro de seguro de indemnización por accidentes laborales, que no hay un caso pendiente de responsabilidad civil relacionado con mi afección, y que no estoy asegurado a través de Medicare.
- Entiendo que soy totalmente responsable de todo costo asociado con las sesiones de tratamiento de acceso directo que se adeuden al Fisioterapeuta Profesional y que no estén cubiertas por mi plan de atención médica o seguro.

**Declaro que he leído y entiendo esta Notificación de aviso con respecto a la Ley de Acceso Directo del estado de Nueva York y que consiento en recibir tratamiento de fisioterapia de un fisioterapeuta profesional sin un referido de un médico, dentista, podólogo o enfermero facultativo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del fisioterapeuta tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del fisioterapeuta tratante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección del fisioterapeuta tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor legal

**Para uso de la oficina solamente:**

Revisado por: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha