

## Solicitud para regresar a la terapia

Nombre: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
(Apellido, Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Motivo de los servicios de rehabilitación)

Fuente:  Proveedor médico  Auto referido Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
(MD, DO, PA, NP, etc)

Describir la razón o la situación de la cita perdida/o la razón de ser despedido de cuidado:

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

Yo, \_\_\_\_\_, solicito consideración para regresar como paciente a PT Northwest, LLC, y continúo o inicio un nuevo caso para recibir servicios de rehabilitación física. Acepto y entiendo que es mi responsabilidad, como paciente, adherirme a la política de cancelación/no presentación establecida por PT Northwest. Reconozco que, si no puedo cumplir con la política, estoy sujeto a que me despiden como paciente nuevamente y que la comunicación con mi proveedor se realice de conformidad con la política de PT Northwest.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

.....  
**Solo para uso interno:**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

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

Solicitud aprobada  Solicitud rechazada

Comunicación con el paciente hecha por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico  Teléfono  En persona