

Todos los campos marcados con * son obligatorios.

- Voluntariamente doy mi consentimiento para que se realicen servicios de tratamiento y terapia ocupacional, del lenguaje y / o física en persona durante la pandemia de COVID-19. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación, durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas, pero aún así pueden ser altamente contagiosos. Dicho esto, la oficina de Therapy World está excediendo las pautas y recomendaciones de desinfección de las juntas de asociaciones de disciplina, los Centros para el Control de Enfermedades y el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Carolina del Norte y Carolina del Sur.
- Entiendo que la terapia física, ocupacional y de lenguaje en persona es opcional durante la pandemia de COVID-19 y tengo la opción de seguir siendo atendido de forma remota a través de telesalud, si así lo deseo.
- Entiendo que aunque Therapy World cumple con las pautas de control de infecciones del Departamento de Salud del Estado y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para prevenir la propagación del virus COVID-19, no pueden ofrecer garantías.
- Entiendo que el personal de Therapy World no tiene síntomas y, según su leal saber y entender, no ha estado expuesto al virus. Sin embargo, dado que la oficina de Therapy World es un lugar de alojamiento público y el terapeuta viaja a otros hogares de pacientes, guarderías y / o escuelas, otras personas (incluidos otros pacientes) podrían infectarse, con o sin su conocimiento.
- Entiendo que Therapy World se reserva el derecho de negar el tratamiento si sienten que brindar atención me pondría en riesgo a mí o a los miembros del personal.

Para reducir el riesgo de propagar COVID-19 dentro de esta oficina y / o entre personas, acepto que responderé las siguientes preguntas de detección con sinceridad:

* Responda sí o no a lo siguiente:

¿Usted o alguien en su hogar ha dado positivo a COVID-19 en los últimos catorce (14) días?

YES

NO

¿Está esperando actualmente los resultados de una prueba de COVID-19?

YES

NO

¿Ha estado expuesto a alguien que dio positivo a COVID-19 en los últimos catorce (14) días?

YES

NO

¿Ha tenido usted, o alguien en su hogar, algún síntoma similar a la gripe (es decir, fiebre, dificultad para respirar, tos) y / o ha experimentado una nueva erupción, nueva pérdida del gusto u olfato en los últimos catorce (14) días?

YES

NO

Nombre de Paciente

Nombre de Guardian

Fecha

I Acepto los términos establecidos anteriormente y que he respondido las preguntas de selección con sinceridad (Firme a continuación)