

PHYS MED

Physical Therapy Clinics

INSCRIPCION DEL PACIENTE

Nombre: _____ SSN: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Zona postal: _____ Numero del Telefono: _____
Empleado: _____ Numero del Telefono del Trabajo: _____ Numero del Celular: _____
Domicilio del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Zona postal: _____ Email: _____

RESPONSABLE DEL PACIENTE (Si el paciente es un menor de edad)

Nombre: _____ SSN: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Zona postal: _____ Numero del Telefono: _____
Empleador: _____ Numero del Telefono del Trabajo: _____ Numero del Celular: _____
Domicilio del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Zona postal: _____ Relacion a Paciente: _____

CONTACTO EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion a Paciente: _____ Numero del Celular: _____ Numero de Telefono: _____

Informacion De Aseguranca(marqa uno)

lastimada personal ___ Accidente del Automobil ___ Caida ___ Del Trabajo ___ Fecha de lastimada _____

Nombre de Aseguranca: _____ ID# Reclama# _____ Fecha de nacimiento _____

Suscriptor: _____ Empleador: _____ Relacion a Paciente: _____

Nombre del Segunda Aseguranca: _____ ID# _____ Fecha de nacimiento: _____

Suscriptor: _____ Emleador: _____ Relacion a Paciente: _____

INFORMACION DEL ABOGADO

Nombre: _____ Numero del Telefono: _____

Lien o accidente de automobille: Bien para cobrrar aseguranca de Auto? SI NO Bien para cobrrar aseguranca de Salud? SI NO

La AUTORIZACION DE el TRATAMIENTO para MEDICARE, AUTO, PRIVADO Y LIEN CASOS: autorizo el tratamiento de la persona denominada encima de y concuerdo en pagar todos honorarios y las cargas para tal tratamiento. Concuerdo en pagar todo carga para mí y para los miembros de mi familia mostrada por declaraciones, inmediatamente sobre presentación del mismo, a menos que los arreglos del crédito de otro modo se concuerden sobre. Las cargas mostradas por declaraciones se concuerdan en ser correcto y razonable a menos que protestado en la escritura dentro de treinta días de facturar la fecha. Se concuerda que los pagos no se demorarán ni serán retenidos a causa de ninguna cobertura ni el estado de pendiente de reclamos sobre eso, y todo avanza del seguro son asignados a esta oficina donde aplicable, pero sin asumir responsabilidad para la condición del mismo. Autorizo la liberación de la información requerida. El ACUERDO: Esta información es para el propósito de obtener el crédito y se justifica para ser verdad.

La AUTORIZACION DE el TRATAMIENTO para WORKERS COMPENSATION: Phys Med, Inc. por la presente se autoriza a tratar el paciente susodicho. El paciente por la presente representa que ellos aquí deberán recibir el tratamiento para una herida o la enfermedad que ha surgido fuera de su empleo. En la dependencia en esta representación, Medicamento de Phys buscará reembolso directamente del paciente/empleador de s o'asegurador de s. El abajofirmante por la presente asigna todo avanza del seguro para este tratamiento a Phys Mediano. Si se determina luego que la herida no surgió fuera del paciente/el empleo de s, el paciente concuerda en asumir la obligación para cargas impagadas.

Firma del paciente (o padres si paciente es minor de edad)

Fecha

PHYS MED PHYSICAL THERAPY

ACUERDO FINANCIERO

Como cortesía a nuestros pacientes, nos comunicaremos con su proveedor de seguros antes de su primera cita para verificar la elegibilidad y su cobertura de beneficios de terapia física. La información que nos proporciona su compañía de seguros puede no ser precisa y no es una garantía de pago. Es responsabilidad del paciente conocer los beneficios y las limitaciones de su plan antes de su primera cita y también proporcionar la tarjeta de seguro más actualizada para asegurar que tengamos información precisa. **Notifíquenos inmediatamente sobre cualquier cambio en el plan de seguro que pueda ocurrir durante su curso de terapia física.**

FACTURA

Nuestra póliza es mandarle la factura a su compañía de seguros como una cortesía para usted, aunque usted es totalmente responsable de los servicios. Phys Med Physical Therapy está obligado contractualmente a aceptar tarifas negociadas con las compañías de seguros contratadas. Su plan puede incluir gastos de bolsillo tales como co-pago, co-porción y/o deducible. **TODOS LOS CO-PAGOS SE DEBEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.** Phys Med le enviara la factura al paciente o al garante por cualquier cargo que sea responsabilidad de los pacientes, es decir, de las cuotas / deducibles, una vez que se reciba la explicación de beneficios (EOB) de la compañía de seguros. El EOB refleja el desglose de la responsabilidad del paciente. Su seguro puede solicitar información adicional para procesar su reclamo. Es importante que responda dentro de los 15 días para evitar que se le envíen los cargos.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ASEGURADOS--- La declaración anterior no se aplica a los pacientes que reciben servicios de fisioterapia por una lesión relacionada con el trabajo. Sin embargo, la derivación / paciente debe ser autorizado a través de su médico primario / de compensación de trabajadores. Tenga en cuenta que si la compañía de seguros de compensación para trabajadores se ha liberado, cancelado o se ha rechazado la reclamación, el paciente será financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

RECEPTORES DE MEDI-CAL--Phys Med mandara la factura por sus servicios. Sin embargo, si en cualquier momento su póliza de Medi-Cal se cancela durante el curso de sus tratamientos con Phys Med, usted será financieramente responsable por los servicios prestados.

ACCIDENTE AUTOMOBILISTICO/ LESION PRIVADA--Como cortesía, Phys Med le facturará a SU póliza de seguro de automóvil si tiene cobertura de pago de medico. No enviamos facturas a la responsabilidad de terceros. Tenga en cuenta que usted es responsable de los cargos incurridos independientemente de "quién tiene la culpa." Podemos enviar la factura a su seguro de salud, que puede tener un gasto de bolsillo para el paciente.

POLIZA DE CANCELACIONES/AUSENCIAS--Si no puede asistir a su cita, notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación. Haremos todo lo posible para volver a programar su cita. **A nuestra discreción, se le puede cobrar una tarifa de \$25.00 si no se presenta a su cita.** Si las cancelaciones y no asistir a sus citas son excesivas (3 máximo) será removido de la agenda. Todas las cancelaciones y sus ausencias están documentadas en su registro medico.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN--Por la presente autorizo a Phys Med Physical Therapy a proporcionar información a las compañías de seguros y asignarle a Phys Med Physical Therapy todos los pagos por los servicios prestados. He leído y entiendo el acuerdo financiero y la responsabilidad, estén o no cubiertos por el seguro.

Firma del Paciente /Tutor Legal

Nombre del Paciente/Tutor Legal

Fecha

PHYS MED PHYSICAL THERAPY
RECONOCIMIENTO DE RECIBIR EL AVISO DE HIPAA
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que Phys Med ha ofrecido y proporcionará una copia de su Aviso de prácticas de privacidad cuando lo solicite. Este aviso explica cómo se manejará su información de salud. HIPAA, una ley federal sobre privacidad médica requiere este aviso.

Phys Med me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre este aviso y todas las preguntas han sido respondidas.

Firma del Paciente/ Tutor Legal

Fecha

Uso del proveedor: Si el paciente no pudo firmar por algún motivo, o se negó a hacerlo, por favor, documente que el paciente recibió la notificación e indique el motivo por el cual el paciente se negó a firmar.

Al paciente se le dio aviso HIPAA: SI NO

No se obtuvo la firma por motivo a _____

Firma del personal

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Phys Med no divulgará ninguna información con respecto a su tratamiento con nuestra compañía que no sea a su (s) compañía (s) de seguros, a su médico de referencia y a usted, el paciente. Tenga en cuenta que no podemos discutir información con otra persona importante, cónyuge, hijos, cuidadores, etc. Si desea otorgarle a Phys Med dicha autorización para divulgar cualquier información relacionada con su tratamiento, enumere las personas y los nombres de la compañía.

Relación con el paciente

Relación con el paciente

Firma del paciente/ Tutor Legal

Cuestionario Historial de Salud - Confidencial

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medico de Atención Primaria: _____

Por favor, complete este formulario lo mejor que pueda.
 Su terapeuta puede responder a cualquier pregunta que pueda tener durante su evaluación.
 Por favor *círcule* SÍ o NO a las siguientes preguntas...

** Para las mujeres: ¿Está embarazada? Sí No (en caso afirmativo) fecha de vencimiento: _____

➤ ¿Está trabajando actualmente? Sí No Estudiante Discapacitado

(En caso afirmativo) Título del Trabajo: _____ Todas las restricciones de trabajo: _____

➤ ¿Está actualmente involucrado en alguna actividad extracurricular o deportes? Sí No

(En caso afirmativo) indique: _____

➤ ¿Está tomando algún medicamento? Sí No

(En caso afirmativo) indique: _____

➤ ¿Es alérgico a algún medicamento, productos o sustancias? Sí No

(En caso afirmativo) indique: _____

➤ ¿Ha tenido alguna cirugía o ha sido hospitalizado en el pasado? Sí No

(En caso afirmativo) indique: _____

➤ ¿Actualmente tiene cualquier herida abierta, costras o abrasiones? Sí No

(En caso afirmativo) indique: _____

➤ ¿Ha tenido alguna vez un hueso roto/fracturado? Sí No

(En caso afirmativo) indique: _____

Historia de Salud- ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? Por favor ponga una X a lo que corresponda.

	sí	no		sí	no
Anemia			Ataque al corazón		
Artritis			Enfermedad del corazón		
Asma			Problemas en articulaciones/huesos		
Desorden sanguíneo			Cuello o dolor de espalda		
Cáncer			Hígado/vesícula biliar		
Dolor de pecho			Enfermedad renal/piedras		
Diabetes			Fiebre reumática		
Epilepsia			Convulsiones		
Alta presión sanguínea			Problema de tiroides		
Dolores de cabeza/Migrañas			Úlceras		
Coolesterol alto			Otro: _____		

Paciente o tutor legal Firma

Fecha