



PhysioCare
(301) 782-4600
(301) 782-4601 FAX

Formulario de Admisión del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Sexo: Hombre/Mujer Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
Relación: _____

Medico de Referencia _____ Teléfono: _____

Información de Empleo

Empleado F/T _____ Empleado P/T _____ Estudiante F/T _____ Estudiante P/T _____ Desempleado(a) _____
Empleador Propio _____ Retirado _____ Militar Activo(a) _____

Empleador/Escuela: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Información de Seguro Primario

Compañía de Seguro: _____ Nombre Asegurado: _____

Numero de Póliza de Seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Grupo de Seguro: _____ Teléfono de Seguro: _____

Información de Seguro Secundario

Compañía de Seguro: _____ Nombre Asegurado: _____

Numero de Póliza de Seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Grupo de Seguro: _____ Teléfono de Seguro: _____

Fecha de Lesión o empiezo de los síntomas: _____

¿Está buscando tratamiento como resultado de una lesión relacionada con el trabajo? (Por favor Circule) Yes / No
¿Está buscando tratamiento como resultado de un accidente automovilístico? (Por favor Circule) Yes / No
¿Está involucrado en una demanda debido a su lesión o síntomas? (Por favor Circule) Yes / No

Autorizo y solicito a la compañía de seguros nombrada arriba que pague beneficios por los servicios prestados. Autorizo a PhysioCare Rehab & Wellness a usar, revelar y liberar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos de seguro de salud.

Firma del Paciente

Fecha

WORKER'S COMPENSATION/AUTO ACCIDENT INTAKE FORM

Información Del Paciente

Fecha de la Cita/Hora: _____ Terapeuta: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Diagnóstico: _____

FDN: _____ Medico de Referencia: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Numero: _____ Correo Electrónico: _____

Información De Seguro: Los síntomas son relacionados con el Trabajo o Auto (Por favor Circule)

Seguro Primario: _____ Nombre del Asegurado: _____

Numero de Póliza de Seguro: _____ FDN: _____

Numero de Grupo de Seguro: _____ Teléfono del Seguro: _____

Compensación de Trabajador / Accidente Automovilístico:

Compañía de Seguro (Portador PIP del paciente para auto **OR** Compañía de seguro del empleador del trabajo)

de Reclamo: _____ Fecha de Accidente: _____

Nombre del Ajustador: _____ Teléfono del Ajustador: _____

Empleador (Accidente de Trabajo Solamente): _____ Teléfono de Compañía: _____

Dirección del Seguro: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Está representado(a) por un abogado? **SI / NO** Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Se requiere autorización (de trabajo)? **SI / NO** De: _____ Para: _____ Auth #: _____

Diag Aprobado: _____ Protección contra lesiones disponible (para accidentes de auto) **Y / N** \$ _____

Entiendo los beneficios citados por mi compañía de seguro médico. Los beneficios no son una garantía de pago. Todas las reclamaciones están sujetas a revisión y necesidad médica.

Firma del Paciente

Fecha

Después de recibir y leer el aviso de PhysioCare Rehab & Wellness de prácticas de privacidad, por favor reconozca lo siguiente:

Reconocimiento de Notificación de Practicas de Privacidad

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el aviso de PhysioCare Rehab & Wellness de las Practicas de Privacidad.

Firma del Paciente O Representante Legal

Fecha

La privacidad, seguridad y confidencialidad de su información médica son importantes para nosotros. Por favor, déjenos saber cómo prefiere que nos comuniquemos con usted con resultados, preguntas o recordatorios de citas.

Por favor seleccione y numere en el orden que debemos intentar: (Por favor Marque)

___ Teléfono de Casa – Podemos dejar un mensaje? ___ SI ___ NO Número de Teléfono: _____

___ Teléfono Móvil– Podemos dejar un mensaje? ___ SI ___ NO Número de Teléfono: _____

___ Teléfono de Trabajo – Podemos dejar un mensaje? ___ SI ___ NO Número de Teléfono: _____

___ Correo Electrónico: _____

___ Correo a Domicilio: _____

___ Teléfono Y Mensaje con otra Persona—Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Por favor nombre cualquier otra persona a quien podamos hablar acerca de su tratamiento de salud y/o información de pago. Muchos pacientes toman esta oportunidad para poner el nombre de un cónyuge y/o un niño adulto o cuidador que a menudo participa en sus decisiones de atención médica y pago.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Formulario de Evaluación Médica

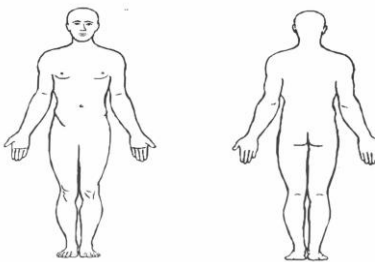
Es importante recopilar información sobre su historial médico con el fin de proporcionarle la atención de más alta calidad. Por favor, llene este formulario a su mejor conocimiento. ¡Gracias!

La información ha sido completada con precisión y lo mejor de mi conocimiento:

Nombre: _____

Por favor (✓) si usted o un miembro de su familia (y quien) ha tenido las siguientes condiciones.....			
¿Osteoartritis?	_____	¿Enfermedad del corazón?	_____
¿Diabetes?	_____	¿Derrame cerebral?	_____
¿Cáncer?	_____	¿Osteoporosis?	_____
¿Alergias?	_____	¿Enfermedad de la piel/ erupción?	_____
¿Huesos rotos/ fracturas?	_____	¿Enfermedad sanguínea?	_____
¿Circulación/ problemas vasculares?	_____	¿Distrofia muscular?	_____
¿Nivel bajo/ alto de azúcar en la sangre?	_____	¿Problemas con tiroides?	_____
¿Esclerosis múltiple?	_____	¿Problemas de riñón?	_____
¿Convulsiones/ epilepsia?	_____	¿Trastorno neurológico?	_____
¿Problemas de úlceras/ estomago?	_____	¿Enfermedad infecciosa?	_____
		¿Artritis reumatoide?	_____
		¿Angina/ dolor de pecho?	_____
		¿Presión alta?	_____
		¿Asma?	_____
		¿Problemas pulmonares?	_____
		¿Lesión craneal?	_____
		¿Depresión?	_____
		¿Adicción?	_____
		¿ETS?	_____
		¿Problemas de hígado?	_____
En los últimos 6 meses ha experimentado...			
¿Un cambio general de salud?	_____	¿Dolor en el pecho/angina?	_____
¿Dificultad para respirar?	_____	¿Mareos/ desmayos?	_____
¿Problemas de coordinación?	_____	¿Problemas de equilibrio?	_____
¿Fiebre/ escalofríos/ sudores nocturnos?	_____	¿Nauseas o vómitos?	_____
¿Entumecimiento u hormigueo?	_____	¿Problemas para dormir?	_____
¿Cambio en el intestino o la vejiga?	_____	¿Pérdida o aumento de peso?	_____
		¿Tos?	_____
		¿Debilidad?	_____
		¿Fatiga?	_____
		¿Dolores de cabeza?	_____
		¿Problemas de audición?	_____
		¿Problemas de la vista?	_____
¿Está actualmente... bajo estrés?	_____	¿Deprimido/a?	_____
		¿Embarazada?	_____
Enfermedades que ha tenido en el último año: _____			
Cirugías previas (por favor incluir fechas): _____			
Medicamentos actuales/ Vitaminas/ Suplementos: _____			
Fecha del último examen físico y nombre del médico: _____			

Marque el Área de Preocupación:



Escala: 0 es no dolor, 10 es peor dolor

Como calificaría el peor dolor _____

Como calificaría el dolor más leve _____

Actividades Funcionales:

Marque con un círculo las actividades que realiza con dificultad o incomodidad como resultado de su lesión.

Arrodillarse Dormir Equilibrar Sensación Escaleras Estar en cuclillas Agacharse Caminar
 Jalar Cargar Empujar Pararse Agarrar Alcanzar Arrastrándose
 Sentarse Trabajando Leyendo Computadora Levantando Tos/ Estornudar

Aseo/ Actividades de la vida diaria/ Tareas domésticas:

Lavarse los dientes Ponerse la camisa Zapatos/ calcetines Usando el baño Bañarse Afeitarse
 Conducir Pantalones Levantar Pasar la aspiradora Lavandería Limpiar la tina
 Hacer la cama Lavando platos Cocinar Barrer Fregar el piso Trapear

Ir de compras sexo

Actividades recreacionales:

Trotar Excursionismo Montar en bicicleta Caminar Jugar golf Esquiar Aeróbicos Nadar
 Películas Socializar con amigos

Firma del Paciente

Fecha

Póliza Financiera: Por favor lea y ponga sus iniciales abajo.

Nuestra póliza financiera está diseñada para promover la debida diligencia al igual que una estrategia proactiva y no reactiva. Con su participación, esta póliza minimizará y potencialmente eliminará los errores y la falta de comunicación con respecto a su seguro u otro acuerdo financiero para el pago. No nos involucraremos en conflictos entre usted y su compañía de seguro con respecto, pero no limitado a; deducibles, coseguro, copagos, servicios cubiertos, pre-autorización y cargos usuales y cargos habituales.

REPASO DE SUS BENEFICIOS Le recomendamos que revise su póliza de seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene preguntas específicas sobre su póliza relacionadas con los beneficios de terapia física. Debe verificar y comprender con precisión el deducible, el copago, el coseguro, el límite de visita, la fecha efectiva de renovación anual del calendario y los requisitos de pre-autorización de su póliza. Como cortesía, verificaremos su cobertura, pero no garantizaremos la exactitud de la información que recibimos. Usted es responsable de conocer su nivel de cobertura y usted es el responsable final del pago total. Si tiene seguro secundario, debe presentarlo en su visita inicial. Las mismas políticas y responsabilidades se aplican al uso del seguro secundario. Usted es responsable de la exactitud de la información del seguro que utilizamos para enviar el reclamo, y usted es el responsable final del pago total de su factura.

PROVEEDOR EN RED Usted es responsable de cumplir con el deducible dentro de la red, antes de que su seguro comience a reembolsar los servicios prestados. Usted es responsable del copago / coseguro como se especifica en su "programa de beneficios". PhysioCare Rehab & Wellness ha acordado con su compañía de seguros aceptar la red máxima o el cargo máximo permitido por el proveedor preferido como pago total por los servicios prestados. No habrá facturación de saldos por servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar los servicios o suministros recibidos, pero no cubiertos por su póliza. Los copagos o deducibles se deben pagar en el momento de recibir el servicio.

PROVEEDOR FUERA DE RED PhysioCare Rehab & Wellness puede estar fuera de la red con su seguro y PhysioCare Rehab & Wellness le notificará sobre nuestra participación en la red. Si su póliza tiene disponibles beneficios fuera de la red, aceptaremos su seguro y trabajaremos con usted en deducibles, coseguros y limitaciones. Usted sigue siendo responsable de cumplir con la responsabilidad del paciente o respetar el acuerdo entre usted y PhysioCare Rehab & Wellness. Seguirá siendo responsable del deducible, los copagos y / o el coseguro en cada momento que usted reciba servicio. Sus beneficios fuera de la red para fisioterapia ambulatoria se explicarán claramente en el "calendario de beneficios" de su póliza de seguros. Enviaremos reclamos para recibir pago a su compañía de seguros.

PLANES DE EFECTIVO (Pago por cuenta propia) Los planes de efectivo son exclusivamente un acuerdo financiero sin seguro. Los arreglos de efectivo son exclusivamente independientes de los escenarios dentro de la red de seguro médico y fuera de la red de seguro médico. Los recibos del plan de efectivo no pueden enviarse al seguro para reembolso. PhysioCare Rehab & Wellness ofrece un plan de efectivo basado en un programa de tarifas de seguro y es para pacientes que han agotado los beneficios durante el tratamiento y para aquellos que desean participar en programas de prevención de lesiones supervisados por terapeutas. El pago debe ser recibido por los servicios en el momento del servicio, en su totalidad.

PACIENTES DE ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO Y DE COMPENSACION DE TRABAJADORES PhysioCare Rehab & Wellness no acepta pagos de terceros partidos. En caso de que busque tratamiento por lesiones sufridas en un accidente automovilístico, debe usar y agotar su cobertura de pagos médicos (si corresponde) o usar su seguro de salud primario. Si ninguno de estos se aplica a usted, le solicitamos que obtenga un abogado para garantizar que se paguen sus reclamos. Los reclamos de Compensación de Trabajadores deben ser presentadas y aprobadas por su aseguradora de compensación de empleador / trabajador ANTES de recibir los servicios de PhysioCare Rehab & Wellness.

PAGOS Aceptamos efectivo, cheque y todas las principales tarjetas de crédito. Habrá un cargo por servicio de \$25 por todos sus cheques devueltos. Si tiene seguro, los saldos se considerarán vigentes desde la fecha en que reciba el servicio. Los pacientes recibirán un cobro cada 30 días si corresponde. Por favor, pregúntenos si necesita establecer un plan de pago personalizado.

POLIZA DE CITAS PhysioCare Rehab & Wellness entiende que muchos de nuestros pacientes tienen horarios muy ocupados. Nuestro horario es muy flexible para acomodar las necesidades de nuestros pacientes. Entendemos que ocurren situaciones que no podemos controlar o planear. Si necesita cancelar su cita, por favor avise con un mínimo de 12 horas de anticipación. Se aplicará un cargo por cancelación de \$25.00 a la 2da cancelación sin un aviso de 12 horas. Debe notificar a nuestra oficina de una cancelación de su cita por teléfono o correo electrónico o su cita perdida será considerada como NO SHOW (NO APARECIO). Cada cita marcada como no show estará sujeta a un cargo de \$25.00 en la primera ofensa. El rehusó de un paciente a iniciar, no lo exime de esta política. Esta política se aplica a cada paciente que se ve en PhysioCare Rehab & Wellness. Este cargo no está cubierto por La Compensación de Trabajadores ni por compañías de seguros. Será responsabilidad del paciente pagar este cargo.

Gracias por darnos la oportunidad de atenderlo, y no dude en hacernos cualquier pregunta sobre nuestros servicios, políticas y tarifas.

El firmante abajo acepta la responsabilidad financiera final por los servicios prestados.

Firma de Partido Responsable

Fecha

Notificación de Practicas de Privacidad (HIPAA)

De acuerdo con las regulaciones de privacidad de HIPAA, le estamos notificando cómo la información de salud médica / protegida sobre usted puede ser utilizada y divulgada. Conforme a la ley, debemos mantener la privacidad de esta información, pero es posible que necesitemos compartir información protegida de salud (PHI) con otros para procesar sus reclamos o para las operaciones de atención médica, que pueden incluir, pero no se limitan a: 1) Recibir pago 2) Verificar seguro 3) Realizar evaluación de calidad 4) Cuidado de Coordinación, 5) Administrar nuestro negocio 6) Asistir a otras entidades cubiertas con sus operaciones de salud o comerciales 7) Acreditación, certificación, servicios sociales 8) Divulgación a el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos 9) Agencias de Supervisión de Salud 10) Para prevenir una amenaza seria a la Salud o Seguridad 11) Investigación 12) Compensación a los trabajadores 13) Salud y Seguridad Pública 14) Legal, Seguridad Nacional o Aplicación de la Ley 15) Médico personal, Médico del equipo, Director de atletismo o Entrenador 16) A usted o su persona designada con previa solicitud por escrito 17) Otros usos y divulgaciones de la PHI solo después de recibir previa autorización por escrito.

Todas las evaluaciones, notas de progreso, así como los cambios significativos en las condiciones médicas se informarán por fax, teléfono y / o correo electrónico a su médico referente y posiblemente a su médico de atención primaria. Todos los seguros se verificarán con la PHI pertinente que se divulgará a la (s) compañía (s) de seguros necesaria (s) para procesar los reclamos. Se les pedirá a todos los pacientes que se registren en la recepción a la llegada y se anunciarán los nombres.

Parte del tratamiento se realiza en un entorno abierto. Algunos reclamos se facturan electrónicamente. Si no desea registrarse con la recepción, no desea estar en un entorno abierto, no desea que se anuncie su nombre, no desea que se facture electrónicamente a su compañía de seguros, notifique a la recepcionista de inmediato e intentaremos realizar las modificaciones para sus necesidades Si tiene alguna pregunta, solicite hablar con el director de la clínica.

Firma de Paciente/Guardian

Fecha

Relación al Paciente