

GASPAR - DOCTORS OF PHYSICAL THERAPY

Estimado Paciente,

Nosotros somos complacidos que usted ha escogido Gaspar-Doctors of Physical Therapy para sus necesidades de fisioterapia.

Favor de tomar el tiempo de llenar estas formas completamente antes de su cita para que el terapeuta pueda usar todo el tiempo de su cita con usted.

El día de su cita, favor de traer:

- Formas completas
- Tarjetas de aseguranza
- Prescripcion para fisioterapia con diagnostico

Favor de Notar: Si tiene un plan de aseguranza que requiere una referencia/ autorizacion para ver un especialista (como HealthNet HMO/POS, Blue Cross HMO, Blue Shield HMO, Workers Compensation, Primary Care Associates HMO, etc.), favor de contactar a su doctor primario o a su grupo medico para obtener una referencia antes de el día de su cita
Favor de llegar 5-10 minutos temprano para tener tiempo suficiente para apuntarse.

Sinceramente,

GASPAR - DOCTORS OF PHYSICAL THERAPY, APC

Favor de informarnos como nos encontró:

(Favor de marcar los que aplica)

- Un anuncio del cine
- Anuncio de correo electrónico
- Un miembro de familia
- Un amigo/a
- Fui un paciente anterior
- Mi compañía de aseguranza me refirió
- Los encontré por internet
- Mi doctor me refirió

DOCTORS OF PHYSICAL THERAPY

PATIENT INFORMATION

favor de presentar su tarjeta de aseguranza

Nombre del Paciente:		Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo: M F
Numero de seguro social:	Estado de empleo : Emp No Emp Retirado Estudiante		Estado Civil: Soltero Casado Otro	
Domicilio:		Ciudad, Estado, Codigo Postal		
Numero de telefono de Casa:	Numero de Trabajo/Celular :	Empleador:		
Esta bien dejar mensajes? Si No	Esta bien dejar mensajes? Si No			
MD que lo refirió :		MD primario:		
Persona Financiera:(Si no es usted)	Relacion:	Numero de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
Numero de Casa:	Numero de Trabajo:	Empleador:		
Contacto de Emergencia:		Relacion:	Telefono de Casa:	
Domicilio:			Numero de Trabajo:	

Política de Cancelaciones y el Consentimiento de Tratamiento

Nosotros en Doctors of Physical Therapy queremos proveer el mejor cuidado posible a nuestros pacientes y asistir a sus citas planificadas es una parte necesaria del proceso de tratamiento. Si no hay una nota de cancelación 24 horas antes de la cita planificada, un cargo de cancelación de \$50.00 será facturada directamente al paciente por cada cancelación.

Firmando abajo, usted reconoce que usted ha leído, comprendió y concuerda en respetar política de cancelación como descrito. Usted también reconoce la información de pacientes, es correcto al mejor de su conocimiento.

Otorgo permiso para que el personal de Doctors of Physical Therapy, APC, revele los procedimientos como prescrito por mi medico inclusive una evaluación de fisioterapia. Durante esta evaluación, la naturaleza de los procedimientos que serán realizados así como los riesgos potenciales del cuidado serán explicados a mí.

Si yo me enfermo al experimentar tratamiento, yo doy permiso al personal de administrar tratamiento que ellos consideran necesario para mi bienestar. Mi firma debajo indica que comprendo y doy consentimiento para ser tratado como explica arriba.

Firma del Paciente:	Firma del Guardián:(si el paciente es <de 18)	Fecha:
---------------------	--	--------

DOCTORS OF PHYSICAL THERAPY

Forma de Historia Medica del Paciente - Uso de Clínica SOLAMENTE

Nombre:	Edad:	Condicion/Problema Actual:	Fecha de comienzo:
I. Ha sido diagnosticado con cualquier de las condiciones siguientes: (Llene los circulos apropiados)			
1. Cancer:	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Tipo, incluya la fecha de diagnostico:	
2. Infección:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tracto urinario crónico/la infección de riñón:	0 0	Enfermedad cardiaca:	0 0
Pulmonía:	0 0	Trombosis venosa profunda: (DVT)	0 0
Infección de huesos/conjunto:	0 0	Obstrucción arterial de las piernas:	0 0
Condiciones Víricas:	0 0	Alta Presión:	0 0
Otras infecciones:(liste por favor)	0 0	Ataque al Corazón:	0 0
		Otro Problema:	
4. Condiciones Medicas Generales:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4. Condiciones Medicas Generales:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desordenes Reumatológica:	0 0	Osteoartritis: (Artritis De Desgaste)	0 0
Desorden Pulmonar:	0 0	Osteoporosis/Osteopenia:	0 0
Condiciones de Riñón/Hígado:	0 0	Mareo/O Se Caído:	0 0
Condiciones Gastrointestinales:	0 0	Depresión:	0 0
Desordenes Neurológicos:	0 0	Incontinencia de la Intestinos/Vesícula:	0 0
Desordenes de Anemia/Sangre:	0 0	Dolor de Cabeza: (Mas de Uno a la Semana)	0 0
Condiciona De Tiroides:	0 0	Dificultad de Oír/Visión:	0 0
Gota:	0 0	Condición Inmunológico/Alergia	0 0
Diabetes:	0 0	Condiciones Genitourinarias/ Ginecológicas	0 0
Condiciones Dermatologicas:	0 0	Otras Condiciones:	
II. Por Favor Liste Todo Medicamento Inclusive Frecuencia y Dosis: (Sin Receta v Prescrito)			
	Frecuencia	Dosis	Frecuencia Dosis
1.			7.
2.			8.
3.			9.
4.			10.
5.			11.
6.			12.
III. Cirugías y/o Interacción		IV. Otra Condiciona Reciente:	
1.	Fecha:	1. Pérdida de peso reciente e imprevisto?	0 0
2.	Pecha:	2. Dolor Inexplicable de Noche?	0 0
3.	Fecha:	3. Sudor/Fiebre de Noche?	0 0
4.	Pecha:	4. Nausea/Vomitando?	0 0
5.	Fecha:	5. Debilidad Inexplicada o Fatiga?	0 0
V. Hábitos Relacionados con la Salud			
Fumar	Si	No	Cafeina (3 Refrescos=1 vaso)
Si, MAS de 1 paquete x Día	0	0	0-2 vasos
Si, MENOS de 1 paquete x Día	0	0	MENOS 0-2 vaso x Dia
Sensible al Hielo?	0	0	Sensible a Lo Caliente?
	0	0	
Experiencia Anterior con Fisioterapia?	0	0	Cuántas Caídas A Tenido en el ultimo año?
			esta embarazada?

Afirmo Que Toda esta Informadón es Exacta y Verdadera

Firma _____ Fecha. _____ Revisión de terapeuta _____

DOCTORS OF PHYSICAL THERAPY

Política de pago de oficina

Es la política de Doctors of Physical Therapy, APC, (DPT) que el pago es debido en el momento de servicio a menos que otro arreglo financiero sea hecho antes de su cita. **Solicitamos que todos los pacientes paguen su deducible, co-pago i/o co-aseguranza al principio de cada visita.** La gerente de oficina en su ubicación le explicara esta informacion a usted antes de su primera visita. En la conclusión de su terapia con DPT usted puede ser facturado de cualquier balance sobresaliente. Si hay un balance o crédito positivos, usted será proporcionado un reembolso inmediatamente.

Si usted es cubierto por una aseguranza con beneficio de fisioterapia, nosotros seremos felices de facturar a su aseguranza. Favor de proporcione su información de aseguranza a la gerente y nosotros verificaremos su cobertura como una cortesía. Aunque seamos contratados con la mayoría de las aseguranzas, hay una posibilidad que nuestros servicios no puedan ser cubiertos por su plan de aseguranza particular. Ser referido a nuestra clínica por un médico no garantiza necesariamente que su aseguranza cubra nuestros servicios. **Recuerde por favor que usted es 100% responsable de todos los cargos contraídos; Su referencia de su doctor i/o su verificación de beneficios de aseguranza no son una garantía de pagos. Usted es requerido a traer su prescripción de su medico, asi como su tarjeta de aseguranza antes de ser visto. Tambien, todos las formas de paciente deben ser llenados completamente. El fracaso de hacer esto tendrá como resultado que DPT cobrara como un paciente de pago efectivo.** Asi que, Recomendamos sumamente que usted también contacte a su aseguranza y cheque sus limites de Fisioterapia. No asuma que usted no deberá nada si usted tiene más de plan de aseguranza. Si usted necesita hacer arreglos especiales, favor de hablar con el director antes de comenzar su tratamiento.

Favor de inicial el metodo de de pagos y firmar debajo que usted ha leído, ha comprendido, y ha concordado con toda la informacion en esta página:

___ 1. **Aseguranza de Salud Privada (PPO):** Algunos planes de aseguranza requieren una referencia/ autorizacion de su doctor primario. La mayoría de planes de aseguranza tienen responsabilidades de pacientes (Deducible o la cantidad pagada por el paciente antes que la politica de aseguranza empiece pago para servicios) i/o co-pagos (la cantidad fija del dólar por visita)co-aseguranza (un por ciento de las cargas permitidas). **Deducible, co-pagos, co-aseguranza, son debido en el momento de servicio.**

___ 2. **Aseguranzas HMO:** La autorización de su aseguranza debe ser obtenida antes de tratamiento. Cualquier Co-pago, Co-aseguranza es debido en el tiempo de tratamiento. Si su plan de HMO también tiene la opción de un punto de servicio que esta usando, favor de asegurarse que entienda la diferencia de un plan de punto de servicios y la cobertura de HMO.

___ 3. **Medicare:** DPT son proveedores certificados de Medicare. Aseguranza de Medi-Gap cubre la porción del paciente que es debido hasta que los beneficios de Medicare se acaben. Algunos planes secundarios de aseguranza cubren la porción debido y los servicios después de que beneficios de medicare se terminen, pero no siempre. Todos los pacientes cubiertos por medicare son susceptible a un anual deducible y una tapa a beneficios de fisioterapia.

4. **Provccdor Secundario de Medicare:** _____

___ 5. **No Aseguranza (Efectivo):** Si usted no tiene aseguranza puede ser elegible para un descuento administrativo si pago es recibido en el tiempo de servicio. Favor de notificar el personal administrativo que usted no tiene aseguranza para que un plan de pago pueda ser discutido.

___ 6. **Compensacion de trabajadores:** La autorización de su ajustador es requerida antes que usted pueda empezar tratamiento. Proporcione por favor a la gerente de oficina con el nombre y el numero de teléfono del ajustador, la fecha de su herida y sus reclamos numera, y cualquier otra informacion de pertinente.

___ 7. **Otro:** Liste por favor otro tipo de pago: _____

**** ** Physical Therapy, APC. Acepta Gravámenes y pagos de terceros sobre la aprobacion por nuestro director comercial solamente!**

He revisado esta política de pagos de oficina y lo discutido con la gerente de oficina. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y yo comprendo toda la información a que me ha sido explicada.

Firma del Paciente:	Firma del Guardian: (Si el paciente des menor de 18 ayos)	Fecha:
---------------------	---	--------

DOCTORS OF PHYSICAL THERAPY

NOTA DE PRACTICA DE INFORMACION DE PACIENTES

Esta Nota Describe Como información Medica De Usted Puede Ser Usada Revelada Y Como Usted Puede Tomar Acceso A Esta Información. Favor de Revisarlo Cuidadosamente.

DEBERE DE MEDICOS Y TERAPELSTAS

Doctors of Physical Therapy es requerido por ley de proteger la privacidad de información personal, Proporcionar esta nota acerca de nuestras prácticas de información y seguir las practicas de información que son descritas en esto.

UTILIZAMIENTO Y LAS REVELACIONES DE INFORMACION DE SALUD

Doctors of Physical Therapy usan su informacion personal de salud primeramente para su tratamiento; obtener pago para el tratamiento; realizar actividades interas y evaluar la calidad del cuidado que proporcionamos. Por ejemplo, nosotros podemos utilizar su información personal de la salud para llamarle y recordarle de sus citas, o proveerle información sobre beneficios alternativos de salud que le puedan interesar.

Doctors of Physical Therapy también puede utilizar o puede revelar su información personal de la salud sin autorización previa para emergencias, estudios de investigación, propósitos auditivos, y propósitos de salud/estadísticos. Nosotros también proporcionamos información cuando es necesario por ley. En cualquier otra situación, nuestra política es de obtener su autorización escrita antes de revelar su información personal de la salud. Si usted nos proporciona con una autorización escrita para soltar su información por cualquier razón, usted puede revocar luego esa autorización para parar futuras revelaciones.

Doctors of Physical Therapy puede cambiar su política en cualquier tiempo. Cuando cambios son hechos, una nueva nota de información de practicas será anunciada en la sala de espera y aéreas examen y será proporcionado a usted en su próxima visita. Usted también puede solicitar una copia actualizada de nuestra Nota información de practicas.

DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de revisar u obtener una copia de su información personal de la salud en cualquier tiempo. Usted tiene el derecho de solicitar que corrijan información inexacta o incompleta en sus registros. Usted también tiene el derecho de solicitar una lista de casos donde ha revelado su información personal de la salud para razones que no sean de tratamiento, pagos u otros propósitos administrativos que sean relacionados. Usted también puede solicitar por escrito que nosotros no utilizamos ni revelamos su información personal de la salud para el tratamiento, propósitos de pago y administrativos excepto cuando sea específicamente autorizado por usted, cuando necesario por la ley o en circunstancias de emergencia.

PREOCUPACIONES Y QUEJAS

Si usted se preocupa que puédanos haber violado sus derecho personales o si usted no conviene con cualquier decisión que nosotros hemos hecho con respecto a acceso o revelación de su información personal de la salud, contáctenos por favor u Oficial de Privacidad en la dirección listo abajo. Usted también puede enviar una queja escrita al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de EEUU.

Para información adicional en nuestras prácticas de información de salud o si usted tiene una queja, contacta por favor a la persona siguiente:

****** Retenga por favor esta copia para sus registros ******

DOCTORS OF PHYSICAL THERAPY

EL RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE INFORMACION DEL PACIENTE

He leído y he comprendido completamente La Nota de Practicas De Informacion Del Paciente De Doctors of Physical Therapy. Yo comprendo que Doctors of Physical Therapy puede utilizar o puede revelar mi información personal de la salud para los fines del llevar a cabo tratamiento, obteniendo pago, evaluar la calidad de servicios proporcionada y alguna operación administrativa relacionados al tratamiento o el pago. Comprendo que tengo el derecho de restringir como pueden utilizar mi información personal de salud y como es revelada para el tratamiento, el pago y operaciones administrativas si notifico a la práctica.

Yo por el presente consiento el uso y la revelación de mi información personal de salud para propósitos notado en la Nota de Practicas de Información del Paciente de Doctors of Physical Therapys. Comprendo que retengo el derecho de revocar este consentimiento notificando a la práctica por escrito en cualquier tiempo.

Nombre del Paciente

Firma (Guardián: Si el paciente es un menor)

Fecha