



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ APELLIDO NOMBRE INICIAL FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

DIRECCIÓN: _____ CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO

NUMERO DE CASA: _____ NUMERO DE CELULAR: _____ EMAIL: _____

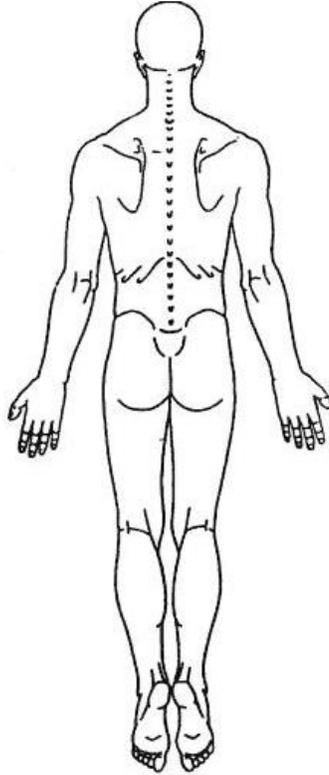
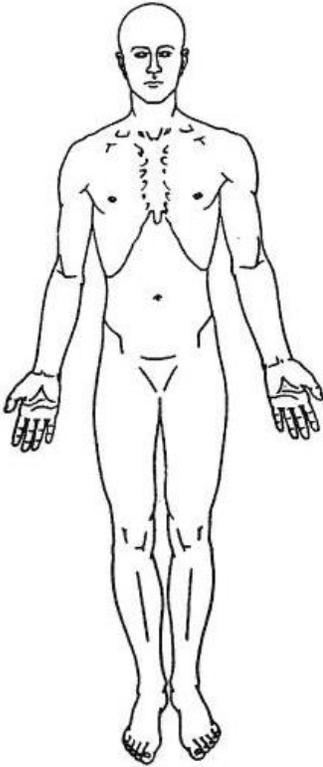
¿QUIERES UN RECORDATORIO DE CITA? NO SI, A TRAVÉS DE EMAIL LLAMADA TELEFÓNICA TEXTO

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN: _____

¿HA RECIBIDO ALGUNA TERAPIA FÍSICA ESTE AÑO CALENDARIO? NO SI ¿SI SÍ, CUÁNDO? _____

¿ACTUALMENTE ESTÁ RECIBIENDO TERAPIA FÍSICA EN EL HOGAR? NO SI

CIRCULE EL ÁREA DE DOLOR Y INDIQUE EL NIVEL DE DOLOR UTILIZANDO LA ESCALA DEL 0 AL 10. 0 ES "SIN DOLOR" Y 10 ES "EL PEOR" DESCRIBA:



¿TIENE/HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: POR FAVOR MARQUE ✓ TODO LO QUE CORRESPONDA.

- DIABETES
- IMPLANTES METÁLICOS
- CÁNCER
- HIPERTENSIÓN
- EMBARAZADA (ACTUALMENTE)
- PROBLEMAS DE RIÑÓN
- ENFERMEDAD/ATAQUE DEL CORAZÓN
- DOLOR DE CABEZA
- HERNIA
- MARCAPASOS
- HISTORIA DE FUMAR
- CIRUGÍAS ANTERIORES
- ATAQUE CEREBRAL
- CONVULSIONES

EN CASO SÍ A ALGUNO DE LO ANTERIOR, EXPLIQUE SEGÚN ES NECESARIO Y INDICE CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE MÉDICO PERTINENTE: _____

POR FAVOR INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE Y LA DOSIS:

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

Nuestro objetivo es brindar una atención personalizada y de calidad. Una cita programada debe cancelarse con al menos 24 horas de anticipación. Habrá un cargo de \$30.00 por no cancelar dentro de este plazo. El paciente es responsable de esta tarifa, no su seguro ni el tercero pagador. _____ **INICIALES**

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para los procedimientos de tratamiento y atención al paciente que, a juicio de mi terapeuta y/o médico, puedan considerarse necesarios o aconsejables mientras sea paciente en Physical Therapy Specialists _____ **INICIALES**

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Requerimos esta información para facturar adecuadamente a su seguro.

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR: ____/____/____ **RELACIÓN CON EL PACIENTE:** _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Apreciamos la oportunidad de participar en su atención médica. Tu salud es nuestra preocupación. Nuestra política financiera está diseñada para permitirnos ofrecer la mejor atención médica a todos nuestros pacientes. Es responsabilidad del paciente conocer los beneficios de su seguro y los requisitos de la póliza para visitas al consultorio y procedimientos (terapia).

Como gesto de cortesía, le ofrecemos iniciar trámites de facturación con su proveedor de seguros sin coste adicional. Sigue siendo su responsabilidad informarnos de inmediato sobre cualquier modificación de esta información. Esperamos que todos los copagos, coseguros, deducibles o montos estimados de "pago en efectivo" se liquiden en el momento del servicio. Si su proveedor de seguros rechaza una parte de su reclamo, todo el saldo pendiente será su responsabilidad. Entiendo que es mi responsabilidad y aceptó pagar todos los copagos, coseguros, deducibles o montos estimados de "pago en efectivo" al momento del servicio. _____ **INICIALES**

Si su seguro no cubre completamente nuestros servicios, recibirá una factura de nuestra oficina. Si tiene alguna pregunta sobre facturación, comuníquese con ERICKA ANDRADE al 8183630339.

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Autorizo que el pago de beneficios se realice directamente a los especialistas en fisioterapia. También autorizo la divulgación de cualquier información solicitada para procesar este reclamo. _____ **INICIALES**

Además, los especialistas en fisioterapia pueden usar y divulgar información de salud protegida sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Physical Therapy Specialists se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado enviando una solicitud por escrito al Oficial de privacidad. _____ **INICIALES**

____/____/20____
FECHA

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR