

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Celular: _____ Teléfono de Casa: _____
Dirección: _____ Apartamento: _____
Estado: _____ Código de Área: _____ Ciudad: _____
Correo Electrónico: _____ Seguro Soc: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación: _____

Información de Trabajo:

Empleado: Si\No Retirado: Si\No Estudiante: Si\No

Ocupación: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Información de Seguro:

¿Es esta lesión el resultado de un accidente de automóvil? _____

¿Es esta lesión el resultado de un accidente de trabajo? _____

Fecha del accidente/ lesión: _____

Nombre de Abogado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Aseguradora: _____

Número de Reclamo: _____

Favor de marcar todo lo que aplique:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas de Coordinación | <input type="checkbox"/> Alta Presión |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH\Sida |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón o circulación | <input type="checkbox"/> Frecuente caídas |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Epilepsia o Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Vertigo | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Adormecimiento |
| <input type="checkbox"/> Uso de Tabaco | <input type="checkbox"/> Dependencia al alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Alergia a Latex |
| <input type="checkbox"/> Alergia algún medicamento | | <input type="checkbox"/> Otro: |

1. ¿Ha tenido cirugía en el lugar donde le vamos a tratar?

2. ¿Usted tiene algún metal en el cuerpo? Si\No ¿A Donde?:

3. ¿Cuales son los medicamentos que está tomando en el momento?

4. ¿Ha tenido terapia física en los últimos 12 meses? Si\No

5. ¿Hace ejercicio? Si\No ¿Cauntas veces a la semana?

Historial de Impedimentos:

1. ¿Dónde siente el dolor o problema? _____

2. ¿Que causo su problema o dolor? _____

3. ¿Cuáles actividades tu dolor te impide hacer? _____

4. ¿A tenido ese dolor o problema antes? Si\No ¿Cuando? _____

5. ¿Cuán frecuente usted siente el dolor durante el día?

A. 0% - 25% B. 25%-50% C. 50%-100%

6. Su dolor es: Fuerte Leve Ardor Adormecido Calambre Eléctrico

7. Describa su dolor durante estas cuatro semanas:

No dolor -----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10----- **Peor Dolor**

8. ¿Has tenido alguna prueba de diagnóstico anteriormente?

A. Placa: Fecha: _____ Resultado: _____

B. MRI: Fecha: _____ Resultado: _____

C. Otros Exámenes: Cual? _____ Fecha: _____ Resultado: _____

Consentimiento para el Tratamiento y las Condiciones de los Servicios

- 1. Consentimiento para tratamiento** - Por este medio consiento el tratamiento que consiste en, pero no limitado a, las modalidades térmicas, mecánicas y eléctricas, las terapias manuales, y los ejercicios basados en tierra o agua y los procedimientos terapéuticos. Mi pronóstico, diagnóstico, así como alternativas al tratamiento me han sido explicados.
- 2. Asignación de beneficios y autorización para apelar** - Por este medio, irrevocablemente asignó a Dynamic Physical Therapy Services LLC (DPTS) todos los derechos, títulos, y los intereses en todos los beneficios o dinero pagable por los servicios y recursos provistos. DPTS puede apelar en mi nombre por reclamaciones no pagadas, retrasadas o denegadas; sin embargo, entiendo y estoy de acuerdo en que esto no me alivia de mi responsabilidad por todos los cargos incurridos.
- 3. Póliza Financiera:**
 - Seguro primario** - Archivamos las reclamaciones como cortesía a usted. Sin embargo, si no recibimos el pago en el plazo de 90 días, usted será sostenido responsable. El saldo total se debe a la recepción de la factura. No nos involucramos en conflictos entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos, Seguro Secundario, etc., aparte de proveer información factual para pagar una reclamación. **Los copagos y deducibles se adeudan en el momento de la visita. Usted también puede ser facturado por un cargo no cubierto.**
 - Seguro Médico de Automóvil** - Vamos a facturar a la compañía de seguros de automóviles para su tratamiento siempre y cuando haya cobertura disponible con la póliza. Si usted no tiene cobertura, el pago se vence en el momento de su tratamiento. Le proporcionaremos la documentación a su solicitud para facilitar el reembolso al liquidar su caso. **En caso de denegación de reclamación o fraude, usted se hará responsable financieramente de todos los cargos de tratamiento.**
 - Compensación de Trabajadores** - Le facturamos a su proveedor de compensación de trabajadores por sus cargos. **En caso de denegación de reclamación o fraude, usted se hará responsable financieramente de todos los cargos de tratamiento.**
 - Efectivo** - Por favor pague el saldo completo en el momento de los servicios.
 - Póliza de Cancelación o Ausencia** - DPTS requiere que los pacientes proporcionen 24 horas de notificación para todas las cancelaciones. DPTS se reserva el derecho de cobrarle \$25 por una cancelación dentro de 2 horas antes de la hora de su cita programada. **DPTS se reserva el derecho de cobrarle \$50 por todas las citas en las cuales usted esté ausente.** El cargo será facturado directamente y no será pagadero por el seguro. También nos reservamos el derecho de rechazar el tratamiento para cualquier cliente que no haya podido mostrar por tres o más citas. DPTS también se reserva el derecho de cancelar una cita programada si el paciente llega más de 10 minutos después de la hora de su cita. La cancelación es hasta la discreción del terapeuta que trata y depende de la programación actual. DPTS se reserva el derecho de cobrar \$25 para las citas que deben ser canceladas por llegadas tardías.
- 4. Condición Precedente, Referencias, Pre-Certificación, Pre-Autorizaciones** - Es responsabilidad del paciente obtener las referencias, pre-autorizaciones, pre-certificaciones, o autorizaciones necesarias. Entiendo que el no hacerlo me dejará económicamente responsable de las visitas no cubiertas por mi seguro como resultado de no obtener referencias, o autorizaciones antes de mi visita.
- 5. Divulgación de información médica o expedientes médicos** - Consiento y autorizo a DPTS a divulgar la información contenida en cualquier expediente financiero o médico a la compañía de seguros o a sus representantes, o a cualquier otra entidad responsable del pago o del proceso de las cuentas, cualquier facilidad donde el paciente está recibiendo cuidado, o a cualquier agencia federal, estatal o de gobierno.
- 6. Cheques devueltos por fondos insuficientes** - La devolución de un cheque (de papel o electrónico) emitido a DPTS dará lugar a \$35 devueltos la cuota de cheque que se aplica a la cuenta del paciente. El importe del cheque más \$35 es pagadero en la próxima visita programada. DPTS no aceptará cheques de un paciente después de que un cheque ha sido devuelto por fondos insuficientes.
- 7. Notificación de Práctica de Privacidad** - He tenido la oportunidad de revisar el aviso de instalaciones sobre prácticas de privacidad y he leído el documento completo. Se me ha dado la oportunidad de discutir cualquier inquietud o pregunta con respecto a esta política.
***El abajo firmante certifica que él/ella ha leído y verbalizado/demostrado comprensión de lo anterior, recibió una copia del mismo y es el paciente, el representante legal del paciente, o está debidamente autorizado por el paciente para actuar como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y acepta sus términos**

Fecha

Firma del paciente/tutor/representante legal

Nombre impreso

Dynamic Physical Therapy Services
111 Elm St Suite 103 | Worcester, MA 01609
Phone: 508-799-6538 | Fax: 508-799-5535 | www.dynamicptservices.com