

Nombre del Paciente _____ Seguridad Social#: _____ - _____ - _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ DCódigo Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: Masculino
Femenino

Correo electrónico: _____ Móvil: _____ Del trabajo: _____

¿Le gustaría recibir nuestros boletines y otra información relacionada con la fisioterapia? Sí No

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia fuera del hogar: _____ Teléfono #: _____

Médico referente: _____ Primario Médico: _____

Fecha de inicio (lesión, accidente, fecha de cirugía o fecha reciente en que comenzaron los síntomas) _____

PACIENTES DE MEDICARE: ¿está inscrito actualmente en HomeHealth? Marque uno: Sí No

Si la respuesta es Sí: (nombre de la empresa de la lista): _____

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES / ACCIDENTE DE AUTO:

Si quieres facturar a los Trabajadores por un accidente automovilístico, nosotros lo haremos. Te pedimos que nos presentes tu seguro de salud privado información como respaldo. No deseo proporcionar una copia de mi tarjeta de seguro médico privado. Me doy cuenta de que si mi compensación de trabajadores o beneficios de automóvil debe ser negado o agotado que yo sería responsable de los cargos incurridos.

Por favor firme: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO A LA TERAPIA

1. Me he presentado en este centro para tratamientos de terapia y doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico y la atención brindada por mi terapeuta tratante.
2. Me doy cuenta de que tengo derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento en la medida permitida por la ley. Reconozco que la medicina no es una ciencia exacta, no se me puede dar ninguna garantía con respecto a los resultados de cualquier tratamiento en este centro. Entiendo que la información de cualquier expediente médico que se mantenga en este centro se puede utilizar con fines administrativos educativos, y/o propósitos aprobados por la instalación cuando mi identidad personal no será revelada.
3. Entiendo que si no asisto a la terapia durante dos semanas o pierdo tres citas consecutivas, estoy sujeto al alta. Una vez que me hayan dado de alta, entiendo que necesitaré una nueva orden/referencia médica para cualquier terapia adicional y recibiré una nueva evaluación. Esto cumple con la Ley del Estado de California.
4. Por la presente autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar mi seguro y autorizo el pago directamente al proveedor
De servicio. Soy responsable de cualquier servicio no cubierto por esta autorización. He leído y ENTIENDO COMPLETAMENTE el FORMULARIO DE RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE.
5. COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: por la presente autorizo a mi consultor de rehabilitación a recibir mis registros relacionados con mi lesión laboral.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL ANTERIOR Y LAS PREGUNTAS QUE PUDE HABER TENIDO HAN SIDO RESPONDIDAS A MI SATISFACCIÓN.

Firma del paciente (o padre/tutor si el paciente es menor de edad, menor de 18 años)

Fecha:

Restigo (firma autorizada del empleado de Beverly Hills Center for Physical Therapy and Rehabilitation, Inc.)

Fecha:

Seguro Primario

Nombre del Paciente _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ DCódigo Postal: _____

Nombre del asegurado _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ DCódigo Postal: _____

Relación del paciente con el asegurado: Hijo: Cónyuge: Yo mismo:

Grupo#: _____

Identificación#: _____

Seguro Secundario

Nombre del Paciente _____

Nombre del asegurado _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ DCódigo Postal: _____ Identificación#: _____

Grupo#: _____

Relación del paciente con el asegurado: Hijo: Cónyuge: Yo mismo:

Compensación de trabajadores:

Nombre del seguro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ DCódigo Postal: _____

Ajustador: _____ Número de teléfono: _____

Número de reclamación: _____

Nombre del Paciente _____ Seguridad Social#: _____ - _____ - _____

Edad: _____ Género: M F Fumador: Sí No Embarazada Sí No

Ocupación: _____

Por favor marque cada condición que le han dicho tener (o tener):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Angina/dolor de pecho |
| <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Alergias/Asma | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |

¿Ha tenido alguna enfermedad reciente? Sí No

(Explique si sí): _____

¿Tomas anticoagulantes? Sí No

¿Eres alérgico al látex? Sí No

Otro: _____

Actualmente estoy experimentando...

Por favor marque cada condición que le han dicho tener (o tener):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos/sudores | <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable | <input type="checkbox"/> Equilibrio deficiente (caídas) |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la función intestinal o de la vejiga | <input type="checkbox"/> Aumento del dolor por la noche |

Antecedentes quirúrgicos pasados: (enumere todos y las fechas):

Enumere todos los medicamentos actuales:

¿Le han realizado una radiografía, una resonancia magnética u otro estudio por imágenes? Sí No

Síntomas actuales

¿Dónde tiene síntomas actualmente?

¿En qué fecha (aproximadamente) comenzó su dolor actual? _____

Cada vez mejor Casi lo mismo Empeorando

¿Ha recibido algún tratamiento para este problema? Sí No

¿Alguna vez has tenido este problema antes? Sí No

Si es así, ¿cómo se trató el problema?

¿Cuánto tiempo te tomó sentirte mejor?

¿Cómo puedes dormir por la noche?

Fina Moderada Dificultad
 Solo con medicación

¿Cuál es su meta personal para la terapia?

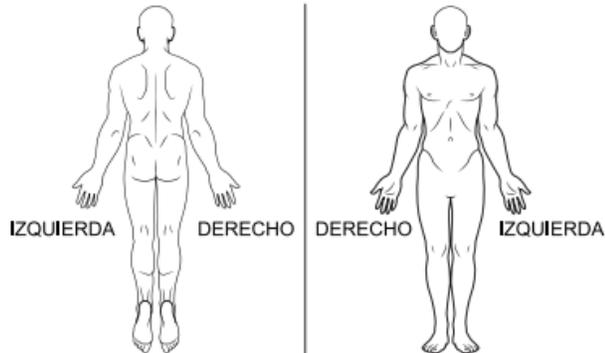
¿Tiene alguna barrera para aprender? si solista:

Informe de Estado de Dolor y Síntomas

Nombre _____ Fecha _____

Utilizando los siguientes símbolos, dibuje en la ubicación de los contornos del cuerpo, el tipo de dolor que está experimentando.

Dolor MMM M	Quemadura --- --	Entumecimiento 0 0 0 0 0 0 0
Punciones y agujas □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Puñaladas //// ////	Otros x x x x x x x



Por favor redondee en la escala de la parte inferior para indicar su nivel de dolor actual:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor muy malo

Por favor redondee en la escala de la parte inferior para indicar su nivel de dolor medio:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor muy malo

Por favor redondee en la escala de la parte inferior para indicar su peor nivel de dolor:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor muy malo

Encierre en un círculo el número a continuación que mejor represente su nivel promedio general de funcionamiento:

No puedo hacer nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Capaz de hacer todo

Marque las actividades que empeoran su dolor: sesión acostada de pie caminando estrés

¿Alguna otra actividad que empeore su dolor? _____

Enumere la mejor y la peor hora del día para sus síntomas: Mejor: _____

Peor: _____

Factores agravantes: identifique hasta 3 actividades importantes que no puede hacer o están teniendo dificultades como resultado de su problema. Enumérelas a continuación:

1. _____

2. _____

3. _____

SOLO PARA USO DEL TERAPEUTA

1. Clasificación _____

2. Clasificación _____

3. Clasificación _____

SOLO PARA USO DEL TERAPEUTA

No se puede realizar la actividad 0. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Capaz de realizar actividades en mismo nivel que antes de su (lesión o problema)

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE LIMITACIÓN FINANCIERA DE MEDICARE A partir del 1 de enero de 2010, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementó una Limitación financiera (o Límite máximo) por un total de \$1,860.00 para los servicios ambulatorios de Medicare Parte B para servicios de terapia física, ocupacional y del habla. El propósito de este aviso es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si desea o no continuar recibiendo terapia física, ocupacional o del habla para pacientes ambulatorios después de que se haya alcanzado la limitación financiera de Medicare, sabiendo que usted será financieramente responsable de estos servicios. La limitación financiera (límite) de CMS se aplicará de la siguiente manera para sus servicios de rehabilitación ambulatorios: • La terapia física y del habla se compartirá en \$ XXXXXX. limitación financiera (Cap) para ambas terapias combinadas.

• Los servicios de Terapia Ocupacional tendrán una limitación financiera separada de \$XXXXXX. • Estas limitaciones financieras estarán vigentes hasta el 31 de diciembre de 2010 a menos que CMS cambie o suspenda lo contrario. Medicare restará su coseguro del límite de \$ XXXXXX y pagará \$ _____ o el 80 %. El coseguro del 20 %, o \$ _____, lo pagará usted o un seguro complementario que pueda tener. Estos límites se basan en el monto permitido del programa de tarifas de Medicare después de alcanzar su deducible de \$ _____. El límite se basará en los servicios pagados por Medicare a la tarifa permitida, no en los cargos del proveedor. Como proveedores de Medicare, estamos obligados a informarle sobre esta limitación financiera y la determinación de Medicare de que una vez que se alcance la limitación financiera de \$ _____ para el beneficio de terapia física, ocupacional y/o del habla como se describe anteriormente, usted será financieramente responsable de los servicios prestados, a menos que califique para una excepción de límite como se describe a continuación.

Como cortesía, realizaremos un seguimiento de los servicios que recibe de nosotros y le notificaremos cuando la cantidad esté cerca de alcanzar el límite financiero de \$1,800.00 de Medicare. Esto le permitirá tomar una decisión informada como consumidor sobre si desea o no continuar con los servicios de terapia y aceptar responsabilidad financiera por el costo de cualquier cuidado continuado necesario desde el punto de vista médico proporcionado. Los servicios de terapia médicamente necesarios que reciba más allá del límite pueden continuar en un departamento de Rehabilitación para pacientes ambulatorios de un hospital y facturarse a Medicare, ya que este tipo de centro está exento de la limitación financiera impuesta por Medicare. La limitación financiera de \$1,860.00 es su beneficio anual de seguro de Medicare, independientemente de qué proveedores de terapia fuera del hospital brinden el servicio. Si recibió terapia física, ocupacional o del habla antes de asistir a la terapia en nuestro centro, tenga en cuenta que esos servicios se incluirán en su límite financiero total.

Por favor ayúdenos a asegurarnos de permanecer dentro de los límites máximos informando a nuestro Coordinador de Programación de cualquier servicio de terapia física, ocupacional o del habla que haya recibido entre el 1 de enero de 2010 y hoy. Nos aseguraremos de incluir cualquier cantidad auto informada en su saldo inicial y le notificaremos cuando haya alcanzado el límite en nuestro centro para que pueda tomar una decisión informada sobre la continuación de la atención que sea médicamente necesaria más allá de la limitación financiera. Excepciones al tope de terapia de Medicare El Congreso ha establecido disposiciones para excepciones al tope de Medicare para las cuales usted puede calificar cuando los servicios de terapia más allá de la limitación financiera (tope) son médicamente necesarios. Su terapeuta hablará con usted sobre su estado a medida que se acerque al límite. Si ya excedió su límite financiero (tope) para el año calendario 2010, su terapeuta analizará su capacidad para calificar para un tratamiento adicional bajo una excepción después de su evaluación o reevaluación. Si califica para una excepción, será financieramente responsable de la atención continua más allá de la limitación. Pregunte a nuestro personal cuál será el costo estimado de los artículos y servicios en caso de que no califique para una excepción.

Firma del paciente

Fecha

Responsabilidades del paciente

Gracias por elegir Beverly Hills Center for Physical Therapy and Rehabilitation, Inc. Nosotros consideramos un privilegio que haya elegido ver un Centro de Beverly Hills para fisioterapia. Desde el momento en que entra a puerta hasta el momento en que lamentablemente tenemos que despedirnos, estamos comprometidos a brindarle increíbles servicios a lo largo de su experiencia con nosotros.

SEGURO

Necesitamos información precisa sobre su seguro. Por lo tanto, tenga su tarjeta de seguro actual con usted en todo momento, ya que así como una identificación con foto, como una licencia de conducir, una identificación militar o una identificación emitida por el gobierno. Por favor informe cualquier cambio en su seguro cobertura, datos demográficos, etc. al Especialista de Servicio al Paciente (PSS) de su clínica.

El PSS verificará sus beneficios y elegibilidad con su compañía de seguros. Todos los beneficios están sujetos a la necesidad médica y no representa una garantía de pago por parte de su compañía de seguros sino que es un resumen de información.

CO-PAGOS

Nuestros contratos de seguro nos exigen cobrar todos los montos de copago en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque, Visa y MasterCard, American Express y Discover.

COASEGURO

El coseguro es un porcentaje estimado de un gasto elegible que debe pagar por un servicio cubierto. Los coseguros pueden ser pagados en el momento del servicio.

DEDUCIBLES

Si no ha alcanzado su deducible, estimaremos el pago de seguro esperado para su visita y solicitaremos esa cantidad. Es solo una estimación y es posible que reciba un estado de cuenta con saldos adicionales después de su visita.

iNombre (letra de imprenta)

Señal

Fecha

Divulgación de información para individuos involucrados en el cuidado del paciente

Por la presente autorizo a una o todas las partes designadas a continuación a solicitar y recibir la divulgación de cualquier información de salud protegida con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas con el tratamiento y el pago. yo entiendo que la identidad de las partes designadas como mi abogado, médicos, etc. deben ser verificados antes de la liberación de cualquier información.

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

NO deseo que se divulgue mi información de salud a las siguientes personas, aunque estén involucradas en mi atención:

Nombre _____ Relación _____

Si es el representante de un paciente, marque el alcance de su autoridad para actuar en nombre del paciente:

Poder legal Guardián Tomador de decisiones sustituto Albacea de Rep. Legal Progenitor

Otro (por favor especifique): _____

Nombre (letra de imprenta)

Señal

Fecha