



INFORMACION PERSONAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ / F ___ Estado Civil: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Referido(a) por: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

CONDICION

¿Cuándo comenzó este episodio de dolor? _____

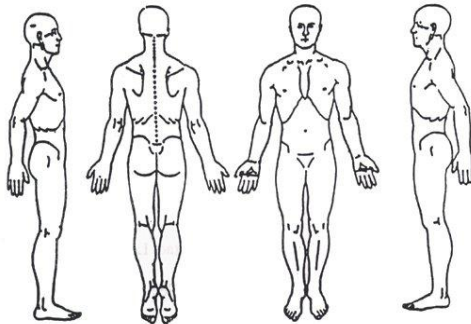
Como ocurrió este episodio de dolor? :

- | | | |
|---------------------|-------------------------|------------------|
| Dobladura ___ | Movimiento Rápido ___ | Caída ___ |
| Torcedura ___ | Levantamiento ___ | Gradualmente ___ |
| Empujado/Tirado ___ | Accidente Vehicular ___ | De Repente ___ |

Otros: Brevemente describa como se accidento: _____

Localización del dolor: Utilice los diagramas y letras para indicar dónde y cómo se siente el dolor.

A - Ardor D - Dolores E - Entumecimiento PA - Punzaduras/Agujas



Alguna lesión previa en esta ubicación?:

Si ___ No ___

Severidad de los síntomas en los pasados 7 días?: **(0=sin dolor – 10 = peor dolor)**

Menos: _____ Actualment: _____ Pejor: _____

Tiene o está experimentando alguna de las siguientes cosas: Elija todas la que apliquen:

- | | | |
|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| Visión Doble ___ | Problemas Intestino ___ | Entumecimiento ___ |
| Visión Borrosa ___ | Mareos/desmayos ___ | Problemas Vejiga ___ |
| Dificultad para tragar ___ | Nausea/Vomito ___ | |



HISTORIAL MEDICO

Asma	Epilepsia	Pérdida de peso inexplicable
Diabetes	Derrame Cerebral	Escoliosis
Artritis	Ataque al corazón	Osteoporosis
Cáncer	Problemas del corazón	Esclerosis Múltiple
Presión Arterial Alta	Enfermedad Riñones/piedras	Cuestiones Ortopédicas
Mareos o Desmayos	Depresión	Esguince Muscular
Colesterol Alto	Fatiga	Alergia al Látex
Migrañas/Dolor de Cabeza	Preocupaciones Emocionales	VIH/SIDA

Otros: _____

Esta usted embarazada?: SI ____ NO ____

Haga una lista de las cirugías anteriores; incluyendo Dental y Cosmética: _____

Medicamentos Actuales: _____

Alergias: _____

¿Qué deportes o actividades físicas participa usted: _____

¿Cuántos días a la semana hace ejercicio?: _____

Historial de la terapia - Resultados indicados del tratamiento recibido (Marque el que corresponda)

	<u>Ayudado</u>	<u>Empeorado</u>	<u>Ningún Cambio</u>
TENS/Estimulación Muscular	___	___	___
Yoga/Pilates	___	___	___
Craneosacral	___	___	___
Acupuntura	___	___	___
Paquetes Calientes	___	___	___
Tratamientos Frios	___	___	___
Traccion	___	___	___
Miofascial	___	___	___
Ejercicio de Flexibilidad	___	___	___
Ajustes Quiropracticos	___	___	___



INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del Paciente: _____

Fecha nacimiento: _____ **Seguro Primario:** _____

Póliza #: _____ **Grupo #:** _____

Titular de la póliza (si no es paciente): _____

Fecha nacimiento: _____ **Relación:** _____

Seguro Secundario: _____

Póliza #: _____ **Grupo #:** _____

Titular de la póliza (si no es paciente): _____

Fecha nacimiento: _____ **Relación:** _____

Por favor marcar el correspondiente:

Compensación del Trabajador **Accidente automovilístico** **Otro**

Nombre del empleado: _____ **Fecha nacimiento:** _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Título: _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____

Contacto principal (si corresponde): _____

Número / ID de reclamación: _____

Teléfono (____) _____ - _____ **Fax** (____) _____ - _____

¿Ha llenado un (PIP) por esta lesión?: Si _____ No _____ **Monto:** _____



**ACUSE DE RECIBO
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Se me ha presentado una copia del Aviso de prácticas de privacidad, junto con una copia de Comprensión de los beneficios del seguro que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información de salud según lo permitido por la ley federal y estatal, y esbozar mis derechos con respecto a mi información de salud.

Nombre Impreso: _____

Fecha nacimiento: _____

Firma: _____

Relación (si no está firmado por el paciente): _____

Deseo colocar las siguientes restricciones sobre la divulgación de mi seguro de salud:

Fecha: _____



POLÍTICA de CANCELACIÓN & NO-SE PRESENTO

IMPORTANTE: Las órdenes para terapia física caducan cada 30 días. Se les recordará a los pacientes una semana antes de la fecha de vencimiento para que soliciten una orden actualizada a su proveedor médico. **(Es responsabilidad del paciente contactar y obtener las órdenes de su proveedor médico).**

Los terapeutas y el personal de Core Care Physical Therapy & Wellness, LLC tienen como objetivo principal su rehabilitación exitosa. Es nuestra principal prioridad para lograr el mejor resultado posible, y para lograr estos resultados, recomendamos un programa de tratamiento particular. Es muy importante que asista a sus sesiones de terapia según lo programado, con esto en mente, les pedimos su cooperación para que haga todo lo posible por mantener las citas programadas y tenga en cuenta a los pacientes que podrían haber aprovechado una cita para recibir tratamiento si le hubieran dado la debida notificación.

TOMESE UN MOMENTO PARA REVISAR LAS PAUTAS:

- **Por favor notifíquenos al menos 24 horas antes en caso de cancelación. Si usted no puede dar aviso de 24 horas, por favor póngase en contacto con nosotros tan pronto como sea posible.**
 - **Hay un cargo de \$50.00 por día laboral y \$100.00 por cancelación del día sábado si usted no avisa 24 horas antes su cancelación. Este cargo no está cubierto por el seguro y el pago se espera en su próxima visita.**
 - **Si tiene más de 15 minutos de retraso, es probable que su cita sea reprogramada debido al conflicto del horario y se registrará un No-Se Presentó para ese día. Si sabe que va a llegar tarde, llame a la oficina y avisenos.**
 - **Si no se recibe ninguna llamada por parte suya, se le considera que NO SE PRESENTO (No-show). Se recibe una llamada de cortesía después de su primer No Se Presentó (No Show). (3 citas sin presentarse resultarán en su salida del programa de terapia). Tres (3) cancelaciones tardías dentro de un período de 30 días también darán como resultado la salida del programa de terapia. (Se necesitara una nueva referencia por parte de su médico para programar más terapias).**
 - **Los documentos del paciente de Compensación al Trabajador sobre las citas pérdidas o canceladas se enviarán al administrador de su caso y al proveedor médico. Esto podría causar un conflicto con su reclamo y prolongar o detener cualquier beneficio al que tenga derecho.**
- * **NO CANCELE** si se siente peor y cree que el tratamiento no está funcionando.
* **NO CANCELE** si te sientes mejor.

Mantenga su cita para poder progresar en su plan y prepararse para que le den la salida y / o discutir cualquier otro cambio con su terapeuta. Por favor, comprenda que su dolor probablemente fluctúe a medida que progresa su curso de tratamiento.

Firma del Paciente / Parte Responsable: _____ Fecha: _____



POLÍTICA FINANCIERA

Es la política de Core Care Physical Therapy & Wellness, LLC. El haber escrito una política financiera que claramente esboza el paciente y la práctica de las responsabilidades financieras. Nuestro principal objetivo es brindar a nuestros pacientes el mejor cuidado posible y minimizar los costos administrativos.

Esta Política Financiera se ha establecido con estos objetivos en mente, y para evitar cualquier **malentendido o desacuerdo** con respecto al pago por servicios profesionales.

- Nuestra oficina participa con numerosas compañías de seguros y programas de atención médica administrados. Para los pacientes que son miembros de uno de estos planes, nuestra oficina comercial presentará un reclamo por los servicios prestados. El paciente puede recibir formularios especiales requeridos por su compañía de seguros; es responsabilidad del paciente completar toda la información de seguro necesaria.
- Es responsabilidad del paciente proporcionar a nuestra oficina la información de seguro actual en cada visita.
- Es responsabilidad del paciente asegurarse de que se proporcionen a la **práctica las referencias** para el tratamiento antes de ser vistos. La visita puede ser reprogramada, o se requerirá el pago total en el momento del servicio.
- Entiendo que el pago de servicios médicos en esta oficina para mí y mis dependientes es responsabilidad mía; vencidos y pagaderos en el momento en que se prestan los servicios a menos que se hayan hecho arreglos financieros.
- Si un paciente siente que puede necesitar asistencia financiera, notifique a la recepcionista antes de ver al fisioterapeuta para su consideración y / o derivación a la persona adecuada.
- El adulto que acompaña a un menor, (**18 años o menos**), y los padres o tutores, son responsables del pago en el momento del servicio. Cualquier menor no acompañado puede ser reprogramado si no se ha concertado una autorización previa con nuestra oficina.
- Doy mi autorización y consentimiento para el tratamiento después de tener una explicación completa del tratamiento, las alternativas y los riesgos propuestos por mi fisioterapeuta.
- Entiendo que se me cobrará una tarifa de **\$50** por una cita de lunes a viernes y una tarifa de **\$100** por una cita de sábado que no sea cancelada dentro de las **24 horas** de mi visita.



POLÍTICA FINANCIERA (cont.'d)

- Entiendo que Core Care Physical Therapy and Wellness, LLC usa una agencia de cobranzas y se reporta a todas las agencias de crédito. Las cuentas que no se pagan dentro de los **90 días** o las que superan los **\$500** serán reportadas. Entiendo que soy responsable de todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios de abogados, las tarifas de cobranza y los costos judiciales. Entiendo que cualquier saldo no pagado también podría devengar intereses.
- **Cargo por expediente médico:** de acuerdo con la ley HIPAA y la ley del estado de Maryland, si desea una copia de sus registros médicos, debe completar nuestro formulario "Autorización para la divulgación de la información del expediente médico". La publicación de los registros está sujeta a la tarifa de copia (por página y envío / manipulación, si corresponde). El programa de tarifas por página está disponible a pedido. Si un médico colaborador (atención primaria o especialista) solicita porciones de su cuadro para asistirle directamente en su atención, no se cobra ningún cargo. También se requerirá una tarifa de preparación para divulgar los registros médicos. Preparación de tarifas de registros médicos. **Tarifa: \$22.88, Por Página: \$0.76.**

Cargo por cheques devueltos: los cheques de fondos insuficientes (NSF) están sujetos a una tarifa de **\$30** (además de las tarifas de su banco por cheques sin fondos devueltos).

Nuestra práctica cree firmemente que una buena relación terapeuta / paciente se basa en la comprensión y buenas comunicaciones. Nuestra oficina se complace en contestar preguntas relacionadas con su cuenta o situación financiera. Estamos aquí para ayudarte.

Yo _____ certifico que he leído y entendido la política financiera mencionada anteriormente, tuve la oportunidad de formular mis preguntas y que se me respondieran. Acepto cumplir con las políticas establecidas por Core Care Physical Therapy & Wellness, LLC.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

-----USO OFICIAL UNICAMENTE-----

Firma del personal: _____ Fecha: _____

¿Solicita el paciente copias de los documentos firmados: SI ____ O NO ____