

## INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

Quien Lo Recomendó? \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Fecha Recomendación \_\_\_\_\_

Método de Pago:  Efectivo  Crédito  Asegurancia Privada  Accidente Personal  Compensación del Trabajador

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino Estado Civil:  C  S  D  V

Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Telephone de Casa Telephone Actual Extención Numero de Licencia

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Doctor ( Para Esta Lastimadura) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Telephone de Doctor Oficina Ciudad / Localidad ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Abogado Y de Despacho \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Persona Para Notificar En Caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación Del Paciente \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL COMPENSACION DEL TRABAJADOR

Fecha de Accidente: \_\_\_\_\_ Ocupación Al Tiempo del Accidente: \_\_\_\_\_

Empleador Al Tiempo del Accidente \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Telephone \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

La Asegurancia del Trabajo Acepto Su Accidente?  Si  No (Negado)  "Pendiente, Bajo Investigación, Etc."

Si La Respuesta Es Si Arriba, Favor Describa Las Partes de Su Cuerpo Aceptadas: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ACCIDENTE PERSONAL

Esta Ud. Representado Por Un Abogado?  Si  No Otra Persona Acepta Culpabilidad?  Si  No  Pendiente

Fecha de Accidente \_\_\_\_\_ Nombre De Otra Parte Y Su Asegurancia \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Telephone \_\_\_\_\_

Dirección de Asegurancia de Otra Persona \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LA ASEGURANZA PRIMARIA

Tipo de Aseguraza  Auto  Otra Persona Tercera  Privado / PPO  HMO / POS / EPO  Trabajador  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Compania de Asegurancia Primaria \_\_\_\_\_ Nombre de Ajustador \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo o Grupo \_\_\_\_\_

Telephone de Asegurancia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Subscripto \_\_\_\_\_ Numero de Identificación \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Relación Con Paciente \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS DE LA SALUD

(SI NECESITA MAS HOJAS, FAVOR DE PEDIR ALA RECEPCIONISTA)

1. DESCRIBA EN BREVE EL ACCIDENTE O SINTOMAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. FAVOR DE INDICAR TODAS LAS PARTES DEL CUERPO AFECTADAS POR ESTE ACCIDENTE / CONDICION Y SINTOMA ACTUAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. FAVOR DE INDICAR TODO TRATAMIENTO ANTERIOR Y DOCTORES VISTOS A CAUSA DE ESTE ACCIDENTE / CONDICION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. FAVOR DE INDICAR TODO TRATAMIENTO PARA ESTAS PARTES DEL CUERPO ANTES DE ESTE ACCIDENTE /CONDICION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ESTE TRATAMIENTO HA SIDO RECLAMADO ANTERIORMENTE POR TRABAJO?  SI  NO, SI LA RESPUESTA ES SI, POR FAVOR EXPLIQUE: \_\_\_\_\_
6. HA TENIDO USTED ALGUINA VEZ?:  

<input type="checkbox"/> Problemas de Corazon	<input type="checkbox"/> Alcolismo	<input type="checkbox"/> Problemas de Vesicula Biliar	<input type="checkbox"/> Mareos / Desmayo
<input type="checkbox"/> Alta Presion Arterial	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/> Paralizis Cerebral	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Baja Presion Arterial	<input type="checkbox"/> Anginas	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Tumores Malignos	<input type="checkbox"/> Cirugia de Glandulas
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Problemas con los Rinones	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> A.I.D.S. O H.T.I.V.
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos	<input type="checkbox"/> Problemas Cronicos de Nariz	<input type="checkbox"/> Problemas de Hgado
<input type="checkbox"/> Diabetis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Problemas Cronicos de Oido	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas
<input type="checkbox"/> Alergias / Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/> Sangramiento Excesivo	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Huesos Fractura / Quebradura
<input type="checkbox"/> Falta de Respiracion	<input type="checkbox"/> Problemas Con Ulcera	<input type="checkbox"/> Fatiga Cronica	<input type="checkbox"/> Ligamentos / Tendones Rotos
<input type="checkbox"/> Problemas/Condicion de la Piel	<input type="checkbox"/> Pie de Atletas	<input type="checkbox"/> Nausea O Retorsiones	<input type="checkbox"/> Dislocados Articulaciones
7. POR FAVOR LISTE TODAS LAS CONDICIONES MEDICAS / COMPLICACIONES DE SALUD / LIMITACIONES NO MENCIONADAS ARRIBA: \_\_\_\_\_
8. ESTA USTED EMBARAZADA?  SI  NO SI LA RESPUESTA ES SI, CUANTOS MESES? \_\_\_\_\_
9. FAVOR INDIQUE MEDICAMENTOS / DROGAS A LAS QALES ES ALERGICO: \_\_\_\_\_
10. FAVOR INDIQUE TODAS LAS MEDICINAS / DROGAS QUE ESTA TOMANDO ACTUAL: \_\_\_\_\_
11. A SIDO USTED HOSPITALIZADO?  SI  NO SI LA RESPUESTA ES SI, FAVOR DE EXPLICAR: \_\_\_\_\_
12. FAVOR DESCRIBA SUS ACTIVIDADES FISICAS DEPORTES INCLUYENDO EL TRABAJO: \_\_\_\_\_

## ASIGNACION DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIAL

YO, POR LA PRESENTE AUTORIZO A MI ASEGURANZA PARA QUE PAGUE DIRECTO A MI MEDICO PROVEEDOR TODA LA CANTIDAD QUE SE DEBE POR LOS SERVICIOS MEDICOS RENDIDOS, YO AUTORIZO QUE CUALQUIERA DE LAS PARTES INCLUYENDO MI ABOGADO ENTREGUE ALGUNA O TODA LA INFORMACION CONCERNIENTE A EL PROVEEDOR MEDICO CON EL SOLO PROPOSITO DE REEMBOLSAR POR LOS SERVICIOS RENDIDOS Y REQUERIDOS POR EL PROVEEDOR. YO ENTIENDO QUE EN ULTIMO CASO YO SERIA EL RESPONSABLE DEL PAGO DE LOS GASTOS MEDICOS, EXCEPTO POR CUALQUIER CONTRATO PROVEEDOR CON MI ASEGURANZA, Y LEYES DE COMPENSACION AL TRABAJO, SI ME HALLAN RESPONSABLE POR ALGUNA PORCION DEL PAGO DE MIS-GASTOS MEDICOS, ESTOY DE ACUERDO A PAGAR TODO LOS GASTOS INCLUIDOS POR EL PROVEEDOR Y EL INTERES ACUMULADO A LA FECHA. HE LEIDO, ME LO HAN TRADUCIDO, Y ENTIENDO COMPLETAMENTE, Y ESTOY DE ACUERDO CON TODO LO INDICADO EN ESTE DOCUMENTO COMO TAMBIEN LOS OTROS DOCUMENTOS FIRMADOS POR MI PARTE PARA MI PROVEEDOR.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Intepete

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si es alguien mas que el Paciente

\_\_\_\_\_  
Relacion del Paciente

\_\_\_\_\_  
Intepete

# DYNAMIC REHAB CENTER

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ ( H /M ) Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ Celular/Trabajo/Otro: \_\_\_\_\_

**Direccion E-mail:** \_\_\_\_\_

Proveedor que lo(la) refirio a esta oficina: \_\_\_\_\_ **Numero Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**CASADO (A)      DIVORCIADO (A)      SOLTERO (A)      MENOR/NIÑO (A)      VIUDO (A)      SEPARADO (A)**

√ A tenido servicios de Terápia Fisica este año? \_\_\_\_\_

√ Esta recibiendo **ALGUN** servicio de Terápia en casa? \_\_\_\_\_

Nombre de la Companía de Aseguranza Primaria: \_\_\_\_\_

Identificacion / Numero del asegurado Suscripto: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la **Persona responsable**, si es diferente al del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento; \_\_\_\_\_ Numero Seguro Social: \_\_\_\_\_ Empleador : \_\_\_\_\_

### **Aseguranza Privada de Salud:**

Es **su** responsabilidad conocer los beneficios y limitaciones de su seguro. Porque sera su responsabilidad pagar el costo Usual y Acostumbrado para esta area por la atención prestada si es que no estamos contratados con su aseguranza.

**TODOS LOS PAGOS SON EFECTIVOS AL MOMENTO DE LA ATENCION.**

**\*\* Se requiere Veinticuatro horas de aviso cuando cancele una cita. Gracias!**

Yo **autorizo** la liberación de cualquier informacion medica u otra necesaria para procesar reclamaciones en mi persona. Estoy de acuerdo en tener **toda la responsabilidad** de toda deuda incurrida por mi por servicios recibidos por **Dynamic Rehab Center, Inc.** ya sean cubiertos o no por la aseguranza.

He leído, entendido, y estoy de acuerdo con las políticas financieras arriba indicadas. Doy mi consentimiento al tratamiento terapéutico y servicios prestados, los cuales incluyen aquellas modalidades y/ o procedimientos prescritos por my doctor. Yo aqui declaro que la informacion que he proporcionado es verdadera y correcta segun mi mejor conocimiento.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Estámos comprometidos con proveérle con la mejor atención posible. Para poder lograr esta meta, necesitámos su ayuda y su entendimiento sobre nuestras políticas de pago.

√ **TODOS LOS PAGOS SON EFECTIVOS AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN**

√ No aceptamos Liens bajo ninguna circunstancia.

## **ASEGURANZA PRIVADA DE SALUD**

Si usted tiene un co-pago, éste es pagadero al momento del tratamiento. Como cortesía, nosotros le cobraremos a su aseguranza de su parte por los servicios proporcionados a usted. Si por alguna razon su aseguránza no cubre su tratamiento; **usted** sera **financieramente responsable** de pagar el costo Usual y Acostumbrado. **Adicionalmente:** Si su aseguranza le hace pagos a usted (personalmente), y no a nuestra oficina, debido a obligaciones contractuales, **usted es ultimamente** responsable por la cantidad pagada **mas el co-insurance**. \* La verificación de beneficios es echa como una **cortesía** y nunca es una **garantía** de pago. Si usted tiene alguna pregunta en relacion a lo que cubre su aseguranza, estaremos gustosos de asistirle: sin embargo, **es su responsabilidad** conocer los beneficios y limitaciones de su particular Aseguranza.

### **SUS BENEFICIOS PERSONALES:**

DEDUCTIBLE \_\_\_\_\_ CO-INSURANCE \_\_\_\_\_ CO-PAGO \_\_\_\_\_ MÁXIMO DE VISITAS \_\_\_\_\_

MÁXIMO DE BOLSILLO \_\_\_\_\_ COVERTURA: 100%, 90%, 80%, 70%, 60%, 50%

## **COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR**

Usted sera inmediatamente responsable por los costos si es que por alguna razon su portador de compensación del trabajador niega la reclamación. (Ej: litigación, o falla en presentar la reclamación). Su administrador de casos será notificado de cualquier inasistencia a sus citas, y esto puede **afectar** su reclamación. Por favor contacte a nuestra oficina si es que necesita cambiar el día de su cita.

**Nos reservamos el derecho de discontinuár su tratamiento si usted falla en cumplir con las políticas arriba indicadas.**

**\*\* Se requiere** Veinticuátro horas de aviso cuando cancele una cita. Gracias!

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las políticas financieras arriba indicadas. Doy **mi consentimiento al tratamiento terapéutico** y servicios prestados aquí, los cuales incluyen aquellas modalidades y/o procedimientos prescritos por my doctor. Yo aquí declaro que la información que he proporcionado es verdadera y correcta segun mi mejor conocimiento.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_