

INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

Quien Lo Recomendó? _____ Fecha de Hoy: _____ Fecha Recomendación _____

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

Apellido _____ Nombre _____ Número 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 Número 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 Aseguración 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 Aseguración _____ () _____
Telephone _____

Dirección de Aseguración de Otra Persona _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA PRIMARIA

Tipo de Aseguración Auto Otra Persona Tercera Privado / PPO HMO / POS / EPO Trabajador Otro: _____

Nombre de Compañía de Aseguración Primaria _____ Nombre de Ajustador _____ Número de Reclamo o Grupo _____

Telephone de Aseguración _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Nombre del Asegurado Subscrito _____ Número 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 Nacimiénto; _____ 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 aseguránza.

TODOS LOS PAGOS SON EFECTIVOS AL MOMENTO DE LA ATENCION.

**** Se requiere Veinticuátro 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 concentimiento 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 : _____