

SEGUROS COMERCIALES

Formulario de información para pacientes y pagadores

Todos los pacientes o representante legal de los pacientes, por favor complete todas las secciones

(1) Paciente: (Nombre legal completo o como en la tarjeta de seguro)

Nombre:	Último	Primero	Inicial	Sr.	Jr.
Dirección:	Calle	Apropiado #	Código postal de la		Ciudad-estado
Circular Uno:	Soltero	Casado	Separado	Viuda	Divorciado
Teléfono:	() -	() -	() -		
	Hogar	Móvil	Trabajo		
Correo electrónico:					
Sexo del paciente:	M	F	Fecha de nacimiento:	/ /	S.S # XXX/XX/
Contacto de Emergencia:			Tel#:		
			Relación:		

(2) Médico del paciente: Por favor, escriba la información del médico que lo refirió a la terapia o su médico de atención primaria

Nombre del Dr:	Último	Primero	Inicial	MD, DO, DDS, Otro	Teléfono de la oficina: () -
Dirección:	Calle	Código postal de la		Ciudad-estado	

SEGUROS COMERCIALES

Formulario de información para pacientes y pagadores

(5) Autorización de pago: (Se requieren iniciales para las 3 declaraciones)

Asignación de beneficios de seguro

Iniciales Autorizo que el pago de mis beneficios de seguro se realice directamente a Sports Rehab & Physical Therapy para todos los servicios prestados; si me pagan directamente, pagaré con prontitud Sports Rehab & Physical Therapy todo el dinero que me pagaron

Garantía de pago

Iniciales Entiendo que todos los pagos designados como "responsabilidad del paciente", como los coseguros y los deducibles vencen y son pagaderos en el momento del servicio o recibo del estado de cuenta. Te garantizo que pagaré la cantidad considerada "mi responsabilidad" por mi aseguradora antes de la fecha de vencimiento de la declaración

Certificación de la información

Iniciales Certifico que la información que he proporcionado Sports Rehab & Physical Therapy por pago incluyendo, pero no limitado a, Accidentes, enfermedades u otras aseguradoras relacionadas es preciso y veraz

(6) Autorización para tratar a un menor de edad o adulto dependiente

Iniciales Doy mi consentimiento para permitir la evaluación y el tratamiento del paciente indicado en la página 1 en función del Plan de Cuidados establecidos por el terapeuta y aprobados por mí. Esto incluye mi consentimiento al audiovisual registro de todas las sesiones de evaluación y tratamiento. Como representante legal se me permite, bajo HIPAA, para acceder y/u obtener copias de todos los registros relacionados mantenidos.

(7) Firma/ Fecha:

Firma del paciente o representante legal

Fecha de hoy



Consentimiento informado para los servicios de terapia

El "consentimiento informado" es un proceso para obtener permiso antes de que le brindemos servicios terapéuticos a usted, el paciente. Un consentimiento informado sólido incluye una explicación de los riesgos potenciales, beneficios y alternativas a cualquier tratamiento que se le haya propuesto a usted o, en el caso de un menor, a su representante. Discutiremos el Plan de Cuidado establecido para usted y le daremos tiempo suficiente para hacer preguntas al respecto; su consenso es una parte fundamental para lograr un resultado exitoso.

Beneficios potenciales: Puede experimentar una mejoría en sus síntomas y actividades funcionales, así como la resolución de otras quejas o problemas clave. Además del tratamiento, le brindamos educación sobre su condición a lo largo de su episodio de atención. Esta educación a menudo va acompañada de material de folleto al que puede referirse con respecto a las técnicas adecuadas y la ejecución del programa en el hogar. Estos recursos le ayudarán a mantener un nivel sólido de función y también le ayudarán a minimizar los síntomas, en caso de que vuelvan a aparecer.

Riesgos potenciales: Puede experimentar un aumento en su nivel actual de dolor si el dolor es parte de sus quejas. Muchas veces, el aumento de la actividad o las intervenciones terapéuticas provocarán algunas molestias, esto suele ser temporal. Si su dolor o malestar no desaparece dentro de las veinticuatro (24) horas, debe suspender cualquier programa en el hogar que involucre esa actividad, si corresponde, y comunicarse con su terapeuta.

Alternativas: Establecemos un Plan de Cuidado basado en las mejores intervenciones para su condición, pero en ocasiones nuestra elección de tratamiento no es bien tolerada. Se le pide que exprese cualquier reacción desfavorable que experimente a cualquier aspecto de su tratamiento para que podamos modificarlo o terminarlo de inmediato y progresar en su rehabilitación. Si decide no continuar su participación en su programa de terapia, se le pedirá que consulte con su médico sobre otras alternativas de tratamiento.

Sin garantía: Tenga en cuenta que no podemos hacer ninguna promesa o garantía con respecto a una resolución completa y / o corrección de su condición. Sin embargo, trabajaremos en conjunto con usted para lograr una mejora óptima.

He leído la información anterior y doy mi consentimiento para la(s) evaluación(es) y tratamiento proporcionado por Sports Rehab & Physical Therapy.

Nombre y fecha impresos del paciente o representante autorizado

Nombre y fecha impresos del paciente o representante autorizado

Acuse de recibo de aviso o prácticas de privacidad

Mi firma a continuación indica que se me ha dado el Aviso de Prácticas de Privacidad para Sports Rehab & Physical Therapy. Reconozco que fuera de los propósitos para el tratamiento, para el pago, para ciertas operaciones de atención médica o según lo permitido o requerido por la ley, debo dar mi autorización por escrito a Sports Rehab & Physical Therapy para divulgar cualquier información de atención médica protegida.

Nombre y fecha impresos del paciente o representante autorizado

Firma del paciente o representante autorizado

