

FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y PAGADORES DE MEDICARE

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., etc.
Dirección:	Calle	Apropiado #	Ciudad	Estado
				Código postal
Circular Uno:	Soltero	Casado	Separado	Viuda
				Divorciado
Teléfono:	() -	() -	() -	
	Hogar	Móvil	Trabajo	
Correo electrónico:	_____			
Sexo:	M	F	Fecha de: ____/____/____	S.S # XXX/XX/____ Últimos 4 dígitos
Contacto de Emergencia:	_____		Tel#: _____	Relación: _____

(2) ¿Está cubierto?

- | | | |
|---|----|----|
| a. ¿Bajo la enfermedad pulmonar negra? | No | Sí |
| b. ¿Enfermedad renal en etapa terminal? | No | Sí |
| c. Seguro de salud para grupos grandes/ COBRA asociado? | No | Sí |
| d. ¿Asuntos de Veteranos? | No | Sí |

(3) Médico del paciente: Información del médico que lo remitió a la terapia o a su médico de atención primaria.

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

(4) Información del pagador principal:

- Compañía de seguros primaria: Medicare tradicional Medicare por carretera ferroviaria
 Ventaja de Medicare (Parte C)

Nombre del asegurado: _____ **ID #** _____ **Grupo #** _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y PAGADORES DE MEDICARE

(5) Información del pagador secundaria/Compañía de Seguros Suplementarios: (En caso afirmativo, por favor complete)

Nombre de Seguro: _____ Nombre del asegurado: _____ Tel Del Seguro # _____

Asegurado es: _____ Paciente _____ Esposo _____ Padre _____

Paciente ID #: _____ Grupo # _____ Política/Plan #: _____

Reclama la dirección postal: _____

Calle
Ciudad
Estado
Código postal

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador # () _____ - _____

Dirección: _____

Calle
Ciudad
Estado
Código postal

(6) Autorización de pago: (Iniciales requeridas 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 cualquier servicio que sea reembolsable por Medicare o cualquier otra compañía de seguros, si tengo uno.

Garantía de pago

Iniciales _____ Entiendo que todos los pagos designados como "responsabilidad del paciente", como los coaseguros y los deducibles vencen y se pagan en el momento de la recepción del servicio o del estado de cuenta. Te garantizo que pagaré la cantidad considerada "mi responsabilidad" por la fecha de vencimiento del estado de cuenta.

Certificación de la información

Iniciales _____ Certifico que la información que he proporcionado a Sports Rehab & Physical Therapy para el pago bajo la Ley del Seguro Social (Medicare), incluidos, entre otros, accidentes, enfermedades u otras aseguradoras relacionadas, es

Aviso de servicios de salud en el hogar

Si ha recibido servicios de salud en el hogar dentro de los seis meses posteriores a la derivación a nosotros, debemos saberlo para que podamos verificar su alta de ese servicio. Cuando se refiera para servicios de salud en el hogar, incluirá servicios de enfermería especializada, terapia ocupacional, terapia física, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de asistente de salud en el hogar (Ejemplo: Asistencia con cuidado personal básico, preparación de comidas, alimentación, servicios domésticos incidentales, limpieza ligera, tratamiento de lesiones o enfermedades o administración de medicamentos / inyecciones, inspección o inserción de sondas de alimentación, catéteres, cuidado de heridas, etc.) Debemos saber si usted está recibiendo y/o va a recibir servicios de salud en el hogar de cualquier tipo.

Por favor, marque lo siguiente:

- No estoy recibiendo servicios de salud en el hogar de ningún tipo.
- Fui dado de alta de todos los servicios de salud en el hogar en esta fecha ____/____/____
- Actualmente estoy recibiendo servicios de salud en el hogar

(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

