

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

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#	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono:	() -	() -	() -		
	Hogar	Móvil	Trabajo		
Correo electrónico:	_____				
Sexo:	M	F	Fecha de:	___/___/___	S.S # ___/___/___
Circular uno:	Soltero	Casado	Separado	Viudo	Divorciado
Contacto de emergencia:	_____		Tel#	_____	Relación: _____

(2) Lesiones e información del empleado

Condición actual ser tratada: _____

Fecha de la lesión: ___/___/___

Información del empleador:

Nombre de la empresa: _____

Contacto de la empresa: _____ Tel# _____

Dirección física: _____

	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
--	-------	--------	--------	---------------

Ocupación: _____

Empleados y trabajando:	Sí	No
Empleados, pero no trabajando:	Sí	No
Desempleado:	Sí	No
Jubilado:	Sí	No

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

Formulario de información para pacientes y pagadores

(3) 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 por cualquier servicio que esté relacionado con mi reclamo por lesiones laborales / accidentes / enfermedades

_____ **Garantía de pago**

Iniciales Entiendo que seré personalmente responsable de todos los montos adeudados por los servicios facturados por Sports Rehab & Physical Therapy a un pagador de Compensación de Trabajadores que posteriormente fueron declarados por ellos o mi empleador para ser un reclamo no elegible

_____ **Certificación de la información**

Iniciales Certifico que la información que he proporcionado a Sports Rehab & Physical Therapy para el tratamiento y el pago bajo el Programa de Compensación para Trabajadores es precisa y veraz. Asesoraré a Sports Rehab & Physical Therapy inmediatamente si hay un cambio en mi estado de cobertura / reclamo

(4) Firma/ Fecha:

_____ **Firma del paciente o representante legal**

_____ **Fecha de hoy**

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

Formulario de información para pacientes y pagadores



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

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

No se requiere autorización para el uso o divulgación de información relacionada con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica o si así lo requiere la ley o las reglas.

(1) Nombre impreso del paciente:

_____ Último Primero Inicial u Otro

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Seguro # de exactamente como en la tarjeta (incluyendo letras)

(2) Sports Rehab & Physical Therapy (SRPT) solo divulgará la información de salud protegida que desea divulgar.

Marque solo una casilla para indicar SRPT la información específica que desea divulgar:

- NO divulgue ninguna otra información que no sea para tratamiento o pago (saltar #'s 3, 4 y 5)
- Información limitada (Complete sección 3)
- Todos registros con respecto a mi tratamiento en SRPT a cualquier parte solicitante (omite 3 y 4)

(3) Completar solo si seleccionó "información limitada". Por favor, inicie todo lo que corresponda:

_____ Evaluación/Examen _____ Asistencia _____ Correspondencia de: sus Servicios de Terapia Física
 _____ Historial médico pasado _____ Tratamientos _____ Otro _____

(4) Completar solo si seleccionó "información limitada". Solo autorizo la divulgación de información a las personas / entidades identificadas a continuación por su nombre:

Esposo: _____ Abogado: _____
 Padre: _____ Empleador: _____
 Amigo: _____ Escuela: _____
 Otro: _____ Otro: _____

(5) Marque solo una casilla que indique cuánto tiempo SRPT puede utilizar esta autorización:

- Divulgar mi información indefinidamente (Siempre que SRPT tiene la custodia de mis archivos)
- Revelar mi PHI para el siguiente período a partir de ___/___/____ y final ___/___/____

(6) Por favor, ponga iniciales en todos los elementos a continuación indicando que ha leído y entendido los derechos o la información a continuación:

- _____ Entiendo que esta autorización no caduca a menos que haya indicado una fecha de vencimiento anterior
- _____ Entiendo que puedo negarme a dar autorización sin temor a represalias o limitaciones de tratamiento
- _____ Entiendo que si doy autorización puedo revocarla en cualquier momento notificándolo por escrito a este SRPT
- _____ Entiendo que la información utilizada / divulgada como resultado de mi autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y puede no estar protegido por las regulaciones federales de privacidad una vez que esté en posesión del destinatario
- _____ Entiendo que si SRPT solicita mi autorización se requiere que me diga el propósito y que a quién PHI se está divulgando mi (información médica protegida)
- _____ Entiendo que recibiré una copia de esta autorización después de firmarla y antes de firmarla, si la solicito
- _____ SRPT no será compensado por usar o divulgar mi PHI a menos que esté relacionado con el tratamiento o procedimientos de pago a menos que el paciente obtenga un permiso específico después de la divulgación completa del propósito y la intención

_____ Firma del paciente _____ Fecha **O** _____ Firma del padre o representante autorizado, Fecha (Indicar la relación)

Puede negarse a formar esta autorización