



***INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Por favor, presente las tarjetas de seguro con la recepcionista***

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
 Dirección: \_\_\_\_\_ APT: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Inicio #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Aceptar para comunicarse a través de correo electrónico?  Sí  No  
 ¿Cómo le gustaría que su recordatorio de la cita?  Teléfono de texto  Ninguna de correo electrónico  
 Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

***SEGURO: Por favor, rellene solamente si ustedes no suscriptor***

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección(si es diferente): \_\_\_\_\_ APT: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Relación con el asegurado:  Usted  Cónyuge  Hijo  Otro  
**ES SU CONDICIÓN:**  Accidente de Trabajo  Accidente fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

***HISTORIA DE SALUD: No dude en proporcionar una hoja aparte si es necesario***

Problemas médicos adicionales: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? Nombre, por lo que?: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha sido admitido en el hospital o sometido a cualquier procedimiento quirúrgico en los últimos 5 años?  Sí  No  
 Si es así, ¿cuál era la condición? \_\_\_\_\_  
 ¿Es esta condición la razón por la que se ha remitido a la terapia física?  Sí  No  
 ¿Ha recibido algún tratamiento de terapia física durante los últimos 5 años?  Sí  No  
 Si es así, por lo que la condición y fue el tratamiento efectivo? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido problemas ortopédicos?  Sí  No  
 Si es así, por favor especifique: \_\_\_\_\_ ¿Está embarazada?  Sí  No  
 ¿Tiene un historial previo de:

<b><i>Past Present</i></b>	<b><i>Pasado Presente</i></b>
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Trastornos renales
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Los cálculos renales
<input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> Problemas de la próstata
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Rápido golpe de corazón
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Stroke
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> alta presión arterial
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	Otros: _____
<input type="checkbox"/> Hernia	

## Registro De Información Del Paciente

**Tipo de trabajo, ejemplos:** elevación, estar mucho tiempo sentado, de pie, teclado, etc. \_\_\_\_\_

**favor describir el carácter de su dolor actual :**  Agudos punzantes  Dolores embotados  Hormigueo

entumecimiento  dolor debilidad  disparar palpitante

**¿Con qué frecuencia son las quejas presentes?**

Constante (76-100%)  Frecuente (51-75%)  Ocasional (26-50%)  Intermitente (25%)

**Por favor, evalúe la gravedad de su dolor:**      **0** = sin dolor      **10** = insoportable dolor

**ACTUAL:** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    **MEJOR:** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    **AGRAVACIÓN:** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Debido a que su problema comenzó, es el dolor :**  El aumento  disminución  No cambia

**¿Sus síntomas cambian a lo largo del día?**  Sí  No hay

**problema comenzó:**  Inmediatamente después de un trauma o incidente específico  múltiples incidentes desarrollado con el tiempo

**Lo que agrava sus síntomas?** \_\_\_\_\_

**Lo que alivia sus síntomas?** \_\_\_\_\_

**¿Qué tratamiento se han recibido para esta condición actual?**

Cirugía  Terapia Física  Quiropráctico  inyección espinal  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido episodios similares antes?**  Sí  No

**¿Tiene usted, o está actualmente siendo tratado por otro profesional de la salud para este problema?**

Sí  No    **Si es así, por:**  Quiropráctico  MD Otros: \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido alguno de los siguientes?**  Rayos X  resonancia magnética  Tomografía computarizada  EMG  Mielograma  Discograma

**¿Ha tenido algún cambio en la función del intestino o la vejiga?**  Sí  No

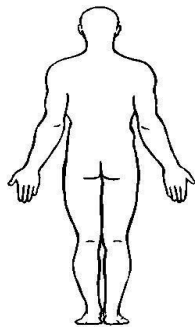
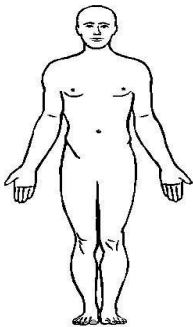
**¿Tiene sudores fiebre, escalofríos, o de noche?**  Sí  No se

**Describen las actividades diarias:**

*Presente:* \_\_\_\_\_

*Deseado:* \_\_\_\_\_

**Por favor, indique la ubicación de los síntomas de la ilustración:**



Nombre del Dr.: \_\_\_\_\_



## Seguro y Información

**Financiera, por favor lea detenidamente las siguientes: SEGURO NO ES UN SUSTITUTO PARA el PAGO:**

Llame a su compañía de seguros si tiene alguna pregunta. Usted es el responsable último de pago de los servicios prestados que no son pagados por su compañía de seguros.

**Seguro privado:** Usted es responsable de su deducible y copago, en el momento del servicio. Vamos a verificar la elegibilidad de los beneficios de su seguro privado e informarle de su responsabilidad financiera en su primera visita. Una vez que su compañía de seguros ha pagado su parte, recibirá una factura por el saldo restante. Si desea que le cuenta a un seguro secundario a debe informarnos las dos tarjetas en la primera visita. Con el fin de evitar retrasos en el reembolso del seguro, deberá informar de inmediato al personal de la oficina de cualquier cambio de planes de seguros.

**Medicare:** Cap Terapia para el 2018 se basa en la necesidad médica, una vez que el paciente es superior a \$ 3.000 en cantidades permisibles de año hasta la fecha, el paciente se vuelve elegible para una revisión médica específica, también conocido como una auditoría, determinado por Medicare. Actualmente, Medicare cubre el 80% de los cargos aprobados para los servicios de terapia física para pacientes externos que se facilitan cuando su deducible anual se ha cumplido. Los pacientes de Medicare que tienen un seguro suplementario (reconocido por Medicare) deben dar las dos tarjetas a la oficina para que podamos facturar a ellos para el 20% restante de los cargos aprobados por Medicare. De lo contrario, el paciente es responsable del 20% no cubierto por Medicare.

**Compensación de trabajadores:** Vamos a verificar reclamo de compensación para trabajadores y obtener la autorización para el tratamiento con la compañía de seguros de su empleador. Sólo se programaran visitas autorizadas. Si su reclamo se retrasa o se niega, se lo notificaremos de inmediato. Es importante que usted nos proporciona con referencias actualizadas para continuar la terapia.

**Reclamaciones Auto:** Se requiere que el asegurado ha Med-Pay está disponible para esta reclamación. Vamos a verificar la elegibilidad con su seguro de auto. En el caso de que su automóvil Med-Pay se agota, usted será financieramente responsable de todos los servicios prestados.

**Auto Pago:** Nosotros ofrecemos no seguros / planes de bolsillo. Si desea facturar a su propio seguro, se requiere el pago en su totalidad en el momento del servicio. Nosotros le proporcionaremos con una declaración de cargos y una copia de la remisión del médico.

**Otros: Broken Citas: \$ 50 se cobrará por no notificarse con 24 horas de antelación que son incapaces de hacer su cita programada.**

**NSF-Check de devolución: \$ 25 tarifa se cobrará si un cheque es devuelto por falta de fondos o una cuenta cerrada.**

### **La autorización para pagar / acuerdo financiero**

Presente autorizo a mi seguro que se pagará directamente a la casa de plata terapia física para los servicios que recibo. Te garantizo expresamente el pago de los cargos que dejó sin pagar en su totalidad o en parte, o determina que no es médicamente necesario por la compañía de seguros. En caso de incumplimiento, aceptó pagar todos los costes de recogida, y los honorarios razonables de abogados. También autorizo a la casa de plata terapia física para liberar cualquier información para procesar este reclamo y asegurar el pago de beneficios, compañía de seguros, abogados, y cesionarios o beneficiarios. Estoy de acuerdo más que una fotocopia de este acuerdo será válido como el original.

### **El reconocimiento del paciente: EN se puede solicitar copia CLIPBOARD**

Reconozco que he leído una copia del **AVISO DE PRIVACIDAD** de Silver Creek PHYSICAL THERAPY. Además reconozco que una copia de la notificación actual se puede encontrar en la zona de recepción y que se ofrecerá una copia de cualquier Aviso modificado de prácticas de privacidad.

---

**Nombre Escrito del paciente**

**Firma del paciente**

**Fecha**



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TERAPIA FÍSICA

La fisioterapia es un servicio de atención al paciente que se brinda para manejar una amplia variedad de afecciones. Los servicios se brindan a personas de todas las edades, independientemente de su sexo, color, grupo étnico, credo, origen nacional o discapacidad.

El objetivo de la terapia física es tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante exámenes, evaluaciones, diagnósticos, pronósticos e intervenciones mediante el uso de procedimientos de rehabilitación, movilización, masajes, ejercicios y agentes físicos para ayudar al paciente a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades, y para acelerar la convalecencia y reducir la duración de la recuperación funcional. Todos los procedimientos se le explicarán detalladamente antes de que se le solicite que los realice.

La respuesta a la intervención de terapia física varía de persona a persona; por lo tanto, no es posible predecir con precisión su respuesta a una modalidad, procedimiento o protocolo de ejercicio específico.

*La Terapia Física de Silver Creek* no garantiza cuál será su reacción ante un tratamiento específico, ni garantiza que el tratamiento ayude a resolver la enfermedad para la que está buscando tratamiento. Además, existe la posibilidad de que el tratamiento de fisioterapia pueda agravar los síntomas existentes y pueda causar dolor o lesiones. Es su derecho a rechazar cualquier parte de su tratamiento en cualquier momento antes o durante el tratamiento, si siente alguna molestia o dolor o si tiene otras preocupaciones no resueltas.

Es su derecho preguntar a su fisioterapeuta sobre el tratamiento que han planificado en función de su historial individual, el diagnóstico de fisioterapia, los síntomas y los resultados de los exámenes. En consecuencia, es su derecho analizar los posibles riesgos y beneficios que conlleva su tratamiento.

**He leído este formulario de consentimiento y entiendo los riesgos que conlleva la fisioterapia y estoy de acuerdo en cooperar por completo, participar en todos los procedimientos de terapia física y cumplir con el plan de atención establecido. Autorizo la divulgación de mi información médica a terceros apropiados.**

---

**Nombre Escrito del paciente**

**Firma del paciente**

**Fecha**

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO EN UN AJUSTE ABIERTO

*Silver Creek Fitness and Physical Therapy, LLC* en cumplimiento con las Regulaciones federales HIPPA se compromete a proteger la información de salud y la privacidad de nuestros pacientes.

Los terapeutas y el personal harán sus mejores esfuerzos para garantizar que su información de salud protegida se mantenga privada en todo momento. Debido al estándar de la industria de tratar pacientes en un entorno abierto, su terapeuta puede realizar su tratamiento en presencia de otras personas. En algunos casos, es posible que otros pacientes o el personal escuchen información parcial relacionada con su tratamiento, diagnóstico y beneficios del seguro.

Al firmar este Formulario de consentimiento, a menos que indique por escrito lo contrario, está reconociendo el ambiente abierto y está de acuerdo en que, aunque no es deseable, es posible que otros pacientes escuchen algo de información sobre su tratamiento y, en esos casos poco probable circunstancias, usted está dando su consentimiento a la divulgación de dicha información a cualquier otra persona que pueda estar presente en el área de terapia abierta.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto las condiciones anteriores.

---

**Nombre Escrito del paciente**

**Firma del paciente**

**Fecha**



## SEGURO NO ES UN SUSTITUTO DE PAGO Y

### Firma la tarjeta de crédito sobre la autorización de archivos

Como cortesía, hemos contactado con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y se nos dio la siguiente información. Hemos encontrado que esta información **INEXACTA** y a veces y es muy recomendable que se comunique con su seguro de salud y confirme que le dicen la misma información que nos fue dado. Somos **NO** responsables de cualquier **INEXACTA** información dada y usted será responsable de las diferencias monetarias debido a la información errónea.

- Co-pago** estimado cantidad de cada visita: \$ \_\_\_\_\_
- Deducible** cantidad estimada para la Evaluación: \$ \_\_\_\_\_ Seguimiento: \$ \_\_\_\_\_
- De coseguro** cantidad estimada para la Evaluación: \$ \_\_\_\_\_ Seguimiento: \$ \_\_\_\_\_

#### Autorización

Autorizo a **SILVER CREEK PHYSICAL THERAPY**, para mantener mi token de cifrado de mi información de tarjeta de crédito en el archivo y cargar directamente a mi cuenta de tarjeta de crédito para:

- Hacia cargos por mí
- Hacia cargos por la siguiente persona:

\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(nombre del paciente)

#### **SCEPT Revelación: POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR**

##### **La cantidad anterior es una Cantidad estimada.**

Si esto no cubre su responsabilidad financiera completa, recibirá una factura por cargos adicionales en función de las características específicas de su plan de cobertura de salud y los servicios reales que recibe. Si tiene alguna pregunta o desea más información acerca de sus beneficios, limitaciones, exclusiones y cargos por favor llame al número de teléfono en el reverso de su tarjeta de seguro.

\_\_\_\_\_  
**Nombre Escrito del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Mis beneficios me fueron explicados por: \_\_\_\_\_



## CANCELACIONES

Se requiere el reconocimiento paciente.

Habr  un cargo de \$ 50.00 para cancelaciones no se han recibido 24 horas antes de su hora de llegada prevista.

Al llegar 10-15 minutos tarde a su cita también estará sujeto a una tarifa de CX.

**En primer lugar cancelación = Mulligan (1 oportunidad, sin cargo)**

**Segundo Cancelación = \$ 50**

**Tercer cancelaci n=\$100**

Todos los copagos, coseguros y deducibles deben ser pagados en o antes de la fecha de servicio.

 Tu cooperación es apreciada!

---

**Paciente Impreso de Nombre**

**Firma del paciente**

**Fecha**