

INFORMACION PARA PACIENTES NUEVOS

Se requiere si la ultima cita fue hace mas de 5 años

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social O numero de licencia de conducir _____ Estado _____ (para el paciente o tutor)

Contacto en caso de emergencia _____ Numero de telefono _____

Relacion _____

INFORMACION FINANCIERA (Si eres el mismo, omitir)

Nombre de tutor _____ Numero de telefono _____

Relacion _____

Direccion de tutor _____

Nombre del titular de Seguro _____ Fecha de nacimiento _____

Relacion _____

Direccion de titular _____

TIPO DE COMUNICACION POR FAVOR CIRCULE ABAJO:

Que tipo de recordatorios le gustaria recibir para sus proximas citas?

Texto

llamada de voz

Correo electronico

Ninguno

AVISO DE PRACTICAS DE INFORMACION:

Tiene derecho a:

- Solicitar una restriccion sobre ciertos usos y divulgaciones de su informacion (45 CFR 164.522)
- Obtenga una copia impresa del aviso de solicitud de practicas de informacion previa
- Inspeccion y obtenga una copia de su registro de salud (45 CFR 164.524)
- Solicite enmendar su registro de salud (45 CFR 164.528)
- Obtenga un informe de las divulgaciones de su informacion de salud (45 CFR 164.28)
- Solicite Comunicaciones de su informacion de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas
- Autorizacion para usar o divulgar informacion de salud, excepto en la medida en que ya se haya tomado accion

Estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su informacion de salud

- Cumplir con los terminos de este aviso
- Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y practicas de privacidad con respecto a su informacion.
- Notificarle si no Podemos aceptar una restriccion solicitada en la divulgacion o modificacion de su registro
- Acomodar solicitudes razonables y es posible que tenga que comunicar informacion de salud por medios o lugares alternativos
- Rescindimos el derecho de cambiar nuestras practicas y hacer que los cambios sean efectivos para toda la informacion de salud protegida que mantenemos. Si nuestras practicas de informacion cambian, le notificaremos en su proxima cita.

CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DEL PACIENTE (HIPAA)

He leído y entiendo el Aviso de practicas de informacion de RPT. Entiendo que RPT puede usar o compartir mi informacion personal de salud con el fin de llevar acabo un tratamiento, obtener un pago, evaluar la calidad de servicio prestado y cualquier operacion administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones, por escrito, sobre como se usa y comparte mi informacion personal de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones administrativas. Tambien entiendo que RPT considerara las solicitudes de restricciones caso por caso, pero no esta obligado a obligar a tales solicitudes, yo consiento el uso y divulgacion de mi informacion de salud personal para los fines mencionados en el aviso de practicas de informacion anterior. Entiendo que me reservo el derecho de revocar este consentimiento notificando a RPT por escrito en cualquier momento.

Firma de la parte de responsable _____ **Fecha** _____

Responsable relacion con el paciente (si no es uno mismo) _____

SINTOMAS ACTUALES

Requerido para una nueva parte del cuerpo o si la ultima cita fue hace 60 dias

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Parte del cuerpo _____ Cuando comenzaron los sintomas? _____

Como ocurrio? _____

Necesitaras cirugia Si o No Fecha de la cirugia _____

INFORMACION DEL ACCIDENTE

Relacionado con el trabajo? Si o No Accidente de auto? Si o No Estado _____

Fecha del accidente _____

Tienes un abogado? _____ Nombre y numero de telefono del abogado? _____

CITAS PREVIAS

Ha tenido fisioterapia o Tratamiento en el hogar este año? Si o No Si es Si Cuantas visitas?

Si tuvo Tratamiento en el Hogar este año, fue dado de alta formalmente? Fecha de la dada de alta

Si esta asegurado por medicare tiene un medico referido para fisioterapia? Si o No

1.ASIGNACION Y DIVULGACION DE INFORMACION

Por la presente autorizo a mi compañía de Seguros a realizar pagos directamente a Registered Physical Therapy inc (RPT). RPT hara esfuerzons razonables para recaudar los ingresos del Seguro. La aceptacion de la asignacion no exime al suscriptor de la obligacion de pagar el saldo pendiente. Ademas, autorizo a RPT a compartir informacion a mi compañía de seguros para el procesamiento de reclamos y a cualquier otra persona o compañías que he mencionado anteriormente. Tambien permito que se use copia de esta autorizacion en lugar del original.

2.ACUERDO FINANCIERO

Yo entiendo que soy responsable del pago de mi cuenta. RPT presentara mis reclamos ante mi compañía de seguros como cortesía y me enviara un estado de cuenta mensual de la actividad en mi cuenta. Si se require cobro o accion legal, entiendo que sere responsable por el cobro, los honorarios de abogados y los cargos judiciales si se coloca cualquier saldo en mora en una agencia para el cobro o la demanda. Si mi cuenta se transfiere a una agencia de cobro, sere responsable de un 40% adicional. Para obtener mas detalles, consulte nuestra política financiera completa (en la pagina inversa) o solicite hablar con su gerente de cuenta.

3. DIVULGACION MEDICA Y FINANCIERA

Entiendo que tengo acceso a mis propios registros medicos hasta nuevo aviso o hasta que se reciba una notificacion por escrito que solicite la anulacion. Hay alguien a quien quiera tener acceso a su informacion medica y financiera ? (Indique el nombre y relacion con usted)

Acepto los terminos 1, 2 y 3 enumerados anteriormente y acepto que la informacion provehida es clara a mis conocimientos.

Firma de la parte responsable _____ **Fecha** _____

Relacion con el paciente (Si no el mismo) _____

Compra de suministros de electrodos

Como parte de su tratamiento de fisioterapia, puede recibir un procedimiento llamado estimulación eléctrica. Esto requiere el uso de electrodos (pequeñas almohadillas adhesivas) para conducir la corriente eléctrica al área a tratar.

Por razones de higiene, sugerimos que nuestros pacientes compren un conjunto de electrodos que serán específicamente para su uso personal durante su tratamiento. **El cargo por este suministro es de \$10.00** que la mayoría de las compañías de Seguro no cubren. No proporcionamos el servicio de facturación de su Seguro por electrodos; por lo tanto si opta por recibir su propio conjunto, se le cobrará directamente por el suministro.

Puede optar por utilizar un conjunto de electrodos general que es gratuito; sin embargo, sugerimos que cada paciente tenga su propio conjunto por razones sanitarias.

Tenga en cuenta que si no ha recibido tratamiento por 3 meses, es posible que ya no tengamos sus electrodos en el archivo. Los electrodos pierden su adhesivo después de ese tiempo.

Marque su preferencia:

- Si, solicito mi propio conjunto de electrodos (**cargo de \$10**)
- No quiero mis propios electrodos (**Gratis**)

Escribe tu nombre _____

Firma _____ Fecha _____

Gracias por elegir Registered Physical Therapy!

Politica de pago de RPT

- Tenga en cuenta que usted es totalmente responsable del pago a RPT
- Tambien es responsable de comunicarse con su seguro para verificar los beneficios, la cobertura y las limitaciones de los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios.
- RPT puede contactar a su seguro por cortesía, pero no garantizamos la exactitud de la informacion.
- Puede solicitar una copia impresa de nuestra politica financiera completa en cualquier momento. Se incluye una copia en el reverso para su conveniencia.

De acuerdo con los beneficios de su plan Seguro, si usted...

- Tiene **una cuota** (Copago)
 - Se vence al momento del servicio
 - Tenga en cuenta que algunos planes de Seguro pueden cobrar una cuota adicional o un monto deducible en una visita de evaluacion.

- Tenga **una cobertura**
 - Cobraremos la cobertura **ESTIMADA** y le facturaremos el saldo restante.

- Tener un **Deducible** (Que no se cumple)
 - Cobraremos hacia la parte del deducible **ESTIMADO** que se basa en los montos permitidos de su Seguro.
 - Luego le facturaremos el saldo restante. Tenga en cuenta que estos montos varian segun su plan del seguro. Usted podria ser responsable de \$70-350 por visita. Pongase en contacto con su Seguro si tiene preguntas.

- Tiene un **deducible alto o no tiene Seguro?**
 - RPT acepta CareCredit que es una tarjeta de credito de salud, bienestar y cuidado personal que le Brinda una forma conveniente de pagar la responsabilidad del paciente.
 - Solicite hablar con su gerente de cuenta sobre estas y otras opciones. Su tratamiento y recuperacion es nuestra maxima prioridad.

- Un **saldo adeudado**
 - Vaya a www.rptutah.com y use nuestro Sistema Seguro de procesamiento de pagos.
 - O pague en la recepcion cuando se registre para su proxima cita o Preguntas adicionales ? Solicite hablar con su gerente de cuenta.