

Información del tratamiento

Nombre: _____ Fecha: _____
 Medico Refiriéndolo: _____ # Teléfono: _____
 Fecha de su primera cita con su doctor por esta lesión: _____ Fecha de la Lesión: _____
 alguna vez ha tenido cirugía por esta lesión? S N Fecha de la cirugía: _____
 Medicamentos actuales: _____

Como describe su salud actual? EXCELENTE BUENA RAZONABLE POCO FAVORABLE

HA TENIDO ALGUNO DE LA SIGUIENTES SERVICIOS MEDICOS O REHABILITACION PARA ESTA LESION?

Cuidados en la sala de emergencia	Ortopedista	Terapia Física
Imagen de resonancia magnética	Quiropráctico	Tera Ocupacional
Neurólogo	Radiografía	Tomografía axial Computarizada

Cuáles son sus objetivos específicos que le gustaría lograr con la terapia: _____

Información de Salud del Paciente

Preguntas de la historia médica:

Ha tenido un trauma recenté? S N Si es asi, por favor explique: _____

Tiene alguna síntomas de entumecimiento, hormigueo, ardor o debilidad? S N Si es asi, por favor explique: _____

Ha tenido una enfermedad reciente, fiebre, escalofríos, o sudores nocturnos? S N Si es asi, por favor explique: _____

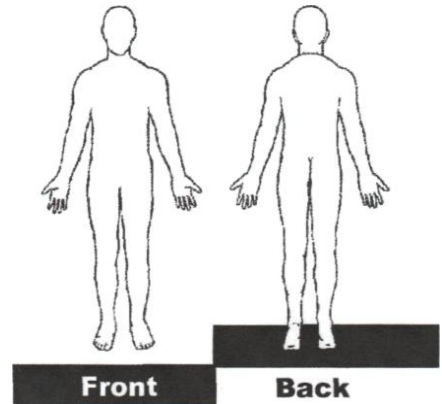
Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Marque todos los que aplican:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Fuertes Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hinchazón de la articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Implantes Metálicos |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Cirugía/Ataque del Corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Coagulo de sangre/Embolia | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso/Energía |
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas con los oídos |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas con la visión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas del Intestino/Vejiga |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa | <input type="checkbox"/> Trastorno Emocional |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Trastorno Mental |
| <input type="checkbox"/> Falta de Aliento/Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Varices |

Estatura: _____

Peso: _____

Presión: B/P _____



SI NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estad usted embarazada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fuma? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene usted un marcapasos? |

Consentimiento Para Tratamiento/Admisión

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO/ ADMISIÓN

Yo autorizo a el Fisioterapeuta(s) encargado(s) de la atención de _____ y a Thrive Wellness & Rehab para administrar y llevar a cabo este tipo de estudios diagnósticos y/o procedimientos que son considerados medicamente necesarios o que se consideren necesarios para el diagnóstico y el tratamiento.

ACUERDO DE PAGO

Por lo presente garantizo mi porción del pago de la aseguranza que se le debe a Thrive Wellness & Rehab en el momento que se presten los servicios, a menos que otros arreglos de hayan hecho con anterioridad. La suma total de la cuenta del paciente debe ser pagada por completo al ser dado(a) de alta, con tolerancia hacia la parte de la aseguranza aprobada y asignada a Thrive Wellness & Rehab antes del despido. Los copagos del paciente se deben al momento que se prestan los servicios.

EXPEDIENTES MÉDICOS

Si usted necesita sus expedientes médicos, por favor pregunte por nuestro formulario de Solicitud de Registros Médicos, y tenga entendido que tenemos 15 días para cumplir esta petición y que habrá un cobro de \$25.00 de Registros Médicos. Si alguien más requiere de registros médicos, necesitaremos una forma de liberación firmada plenamente de esa agencia por fax al 915.493.8264. Una carga más de \$25 puede ocurrir por cualquier solicitud de tercera parte. Tenga en cuenta, que tenemos 72 horas para devolver los documentos solicitados.

Firma _____ Relación _____ Fecha _____

HIPAA

Código de Portabilidad del Seguro de Salud Y Contabilidad

Estoy consciente de que una copia del Código de Portabilidad del Seguro de Salud Y Contabilidad (HIPAA) está disponible para mi revisión en el vestíbulo de Thrive Wellness & Rehab; como corresponde a mi tratamiento.

- 1) Yo autorizo a mi médico y su personal clínico para liberar mi información médica privada a todas las fuentes médicas que participan en mi atención, incluyendo información de mi aseguranza, planes médicos, médicos, profesionales de la salud, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, centros médicos, u otros profesionales que han proporcionado pago, tratamiento o servicios a mi o en mi nombre.
- 2) Si identificamos que usted ha faltado a una cita o no está programado(a) para citas en el futuro por su plan de tratamiento, lo(a) llamaremos a los números de teléfono que usted ha proporcionado. Por favor escriba los números de teléfono en donde usted **NO QUIERE QUE LE DEJEMOS MENSAJES.**

Teléfonos excluidos: _____

- 3) De vez en cuando tenemos llamadas telefónicas de amigos o familiares de los pacientes con respecto a sus citas. Por favor escriba los nombres de las personas a las cual usted **NO QUIERE** que les demos esta información.

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Entiendo que estas autorizaciones y/o exclusiones se mantendrán en efecto hasta el momento que solicite por escrito, que estos sean retirados. También estoy de acuerdo que una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Confirmation Number: _____

Authorization Number (If Applicable): _____

Insurance Verification

Full Name: _____ Member ID: _____ DOB: _____

Date: _____ Group ID _____

Verification of coverage is not a guarantee of benefit. Actual plan coverage and benefit payments are determined when a claim is received by your insurance company. Therefore, the information below is an estimate of your coverage.

Authorized/Verification Given By: _____

Billing Address: _____ Phone Number: _____

Effective Date: _____ When does insurance calendar year begin/end: _____

Annual Deductible: \$ _____ How much of the deductible has been met: \$ _____

OOP: \$ _____ How much of the OOP has been met: \$ _____

Ins./Pt. Portion: _____% _____% Co-Pay per visit \$ _____

Max/Cal Yr. \$ _____ # Visits/Cal Yr.: _____

Is preauthorization required: Y N

Is a PCP Referral Required Y N

If Yes, who is PCP? _____

Medicare Cap Met: _____ Managed Care Replacement Plan: Y N

Medicare is: Primary Secondary Tertiary Home Health Episodes: _____

If authorization is required, fill out this section:

Auth Number: _____ # Visits: _____ Dates: _____

Procedure Codes:

97001	PT Evaluation		97110	Therapeutic Exercise	
97014	E Stim Unattended		97113	Aquatic Therapy	
97035	Ultrasound		97140	Manual Therapy	

Asignación y Liberación

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura con _____, y le asigno directamente a Thrive Wellness & Rehab todos los beneficios de la seguridad, si los hubiera, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean o no pagados por mi seguridad. Por lo presente autorizo a Thrive Wellness & Rehab que libere toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizé el uso de esta firma en todas las sumisiones de mi seguridad.

Firma del Responsable

Relación al Paciente

Fecha

WORKER'S COMPENSATION SOLAMENTE:

Yo autorizo que Thrive Wellness & Rehab contacte a mi empleador para obtener la autorización que esto es un reclamo de compensación al trabajador (Worker's Compensation). Si mi empleador no aprueba este beneficio como compensación al trabajador, proporcionare mi información de seguridad médica a Thrive y autorizo que Thrive archive mi reclamo con mi seguridad. Entiendo que si por alguna razón mi seguridad medica no pague por los servicios prestados, seré responsable de pagarle a Thrive. Además, autorizo y dirijo que mis beneficios de seguridad sean pagados directamente a Thrive Wellness & Rehab.

Firma: _____

Fecha: _____

Póliza de Cancelación y Faltas

Thrive Wellness & Rehab está aquí para servirle y ofrecerle terapia física de calidad no solo a usted, pero a los pacientes de la frontera de Texas/New Mexico. Para poder seguir ofreciendo un servicio de calidad, hemos aplicado una póliza de cancelación/falta a todos los pacientes nuevos a partir del 15 de Marzo de 2013

Citas no solo son importante para nosotros como un negocio, pero sobre todo para usted como paciente. El tiempo asignado para usted, es para ayudarle a alcanzar sus metas y recuperar la funcionalidad completa del área afectada por su lesión. Al faltar a su cita, puede afectar su tiempo de recuperación a largo plazo y retrasa el avance de su progreso. Si surgiera la necesidad, y usted **DEBE** cancelar su cita, le pedimos que llame a la oficina y de un aviso de cancelación al menos 24 horas antes de su cita. Esto nos dará la oportunidad de darle a otro paciente su tiempo y la oportunidad de programarle a usted una nueva cita para más tarde esa misma semana.

Si usted cancela o falta a su cita programada y NO DA un aviso de 24 horas a la oficina, se le cobrara la tarifa de cancelación. Se ha fijado en nuestra lista de tarifas: \$15.00 para una cita de terapia física regular y \$25.00 para una cita de terapia acuática.

Nosotros en Thrive entendemos que ocurren emergencias imprevistas y a veces es inevitable cancelar una cita. Por lo que estamos ofreciendo una "Exención por Solo una Cita Faltada" y no le cobraremos por su primera cita perdida. Cualquier cita faltada después de eso, resultara en un cobro a usted, **NO A SU ASEGURANZA**, por la cantidad indicada arriba.

ATTN PACIENTES DE MEDICAID: Si usted está recibiendo un seguro financiado por el estado (Medicaid plan de Tejas o Nuevo Méjico) y si falta en total 3 citas sin reprogramarla durante la misma semana o dar aviso de 24 horas, usted no se le cobrara la tarifa de cancelación, pero vamos a informarle a su plan de seguro en caso du incumplimiento. También vamos a informarle a su médico y una decisión sobre su terapia sea determinada. Si usted tiene alguna pregunta o necesita más explicaciones, por favor hable con la recepcionista(o).

Gracias por elegir Thrive Wellness & Rehab para su terapia física, acuática y rehabilitación de deportes.

Reconocimiento: "He leído y entiendo la póliza de cancelación/falta. Al firmar abajo yo estoy reconociendo que he leído y estoy en cumplimiento con la póliza de cancelación/falta. Si tengo alguna pregunta le puedo preguntar a la recepcionista antes de firmar el acuerdo. Además, sé que recibiré una copia de esta póliza y el original se mantendrá en mi archivo de Thrive Wellness & Rehab".

Nombre del Paciente: _____
En letra de molde

Firma del Paciente: _____
Por favor Firme

Date: _____

Representante de Thrive: _____
Por favor Firme

Date: _____