Estimado Paciente,

Bienvenido a nuestra Clinica de Terapia Fisica.

Le apreciamos que complete este paquete de formas necesarias para la registracion del paciente. Dejenos saber si tiene alguna pregunta. Si usted fue dado estas formas antes de su primera visita, por favor traigalas con usted a su cita.

Importante: Favor de proveer los siguiente:
1. Su Identificacion con foto y tarjeta de Seguro Medico.
2. Todas las paginas requeridas y firmadas para la registracion del paciente.

- Le vamos a confirmar y avisar con tiempo de anticipacion si su Seguro Medico requiere una autorizacion ya sea para la evaluacion o para las visitas de seguimiento.

- Algunos Seguros Medicos requieren que llamemos a su medico primario (Medico de cabezera) en el proceso de obtener una autorizacion para recibir tratamiento de terapia fisica.

- Muchas veces el proceso de adquirir una autorizacion de Seguros Medicos puede tomar tiempo, (De 24hrs y aveces hasta 14 dias de trabajo). Todo es dependiendo a las regulaciones de cada Seguro Medico individualmente. Nuestra clinica le dira el tiempo tentativo de cuanto se va a tomar su autorizacion. Por lo tanto, cuando recibamos la autorizacion, se le notificara para hacer su cita(s) de terapia fisica. Le apreciamos su paciencia en este proceso.

- Si usted no ha recibido una llamada de nuestra parte en 4-5 dias de trabajo, por favor llame a nuestra clinica y pregunte para que le informemos del estado del proceso de autorizacion. Tambien puede mandar un mensaje de correo electronico a jgajo@allintherapy.com si no le han dado un informen o reporte en tiempo adecuado.

Por favor llegue a la clinica de Terapia Fisica **15** minutos antes de su cita, para asegurar que tengamos todas las paginas completadas y firmadas.

Muchas Gracias,

ALL IN Physical Therapy, LLC

Nota- Muchas veces las visitas con los terapistas se toman un poco mas del tiempo esperado por la naturaleza de nuestro trabajo. Nosotros siempre practicamos la major calidad de terapia y hay veces que se puede tomar mas tiempo. Disculpe si su tiempo de terapia empieza unos minutos mas tarde. Por favor pregunte a la recepcionista si tiene alguna pregunta.

ALLIN PHYSICAL THERAPY, LLC
INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha:	Doctor de Cabezera:

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inter.:	❑ Sr. ❑Sra.	❑ Srita ❑ Nino(a)	Estado civil (elija uno) Soltero(a) / casado(a) / Div / Sep / Enviudado

Es este su nombre legal? ❑ Si ❑ No	Si no, cual es su nombre legal ?	Nombre previo):	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: ❑ M ❑ H

Direccion del Paciente (# de casa):	Numero de seguro social:	Numero de Tel. (para comunicarse major) ( )

Numero de Buzon/Casa:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:

Ocupacion:	Empleado:	Numero de telefono de trabajo: ( )

Porque escojio esta clinica?/Fue Referido por (Elija uno):	❑ Dr.	❑ Plan de seguro medico	❑ Hospital

❑ Familia	❑ Amistad	❑ Hubicacion	❑ Letrero afuera del edificio	❑ Otra Razon

Familia /Amistad trtada aqui previamente :

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

(Favor de darle su tarjeta de seguro a la recepcionista.)

Persona responsable :	Fecha de nacimiento: / /	Direccion (si diferente):	Numero de Tel.: ( )

Esta esta persona aqui? ❑ Si ❑ No

Ocupacion:	Empleador:	:	Tel. de compania de trabajo: ( )

Tiene el paciente seguro medico? ❑ Si ❑ No

Favor de indicar su plan de seguro:	❑ Medicare	❑ Tricare	❑ Medicaid	❑ BCBS	❑ Humana

❑ Aetna	❑ Cigna	❑ UHC	❑ Workman's Compensation (WC)	❑ Other

Nombre del asegurado :	# de seguro social:	Fecha de nacimiento: / /	Numero de grupo:	Numero de polica:	

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de Miembro de Familia o Amistad :	Relacion al paciente:	Telefono de casa: ( )	Telefono de trabajo: ( )

Autorizacion Para Contrato de Informacion: Con mi firma yo autorizo contratar a los nombres mencionados ariba para informar a la compania de seguro en referencia al tratamiento necesitado por el paciente. Tambien autorizo a ALLIN Physical Therapy, LLC y a la compania de seguro medico soltar cualquier informacion necesaria para el proceso de mis reclamos medicos.

Autorizacion De Pago: Con mi firma yo autorizo que pagos se haga directamente a esta compania por servicios proveidos.

Yo entiendo y apruebo que soy responsible por el balance de mi cuenta y por cualquier servicio professional que se me ofrese. Certifico que toda informacion proveida es cierta y verdadera. En caso de cualquier cambio yo proveere la informacion necesaria.

En caso de Emergencia: **Relacion y # de tel:**

Firma de paciente o persona encargada: *Fecha:*

Historial Medico

Nombre:_____**Apellido:**_____

Razon para la visita

Problemas de salud actuales	Desde que fecha

Cirugias Y Hospitalizaciones

Razon	Fecha

Medicamentos Recetados

Nombre de medicamento	Dosis

Habitos Sociales

Fuma:	Alcohol: Tipo y cantidad:
Paquetes diarios:	
Hace cuanto tiempo?	Si Termino, Cuando:
Si termino cuando:	

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCION Y EL TRATAMIENTO

Parte 1: Consentimiento para la atencion y el tratamiento

Yo, _____ (Cliente o Representante) autorizo a

ALLIN Physical Therapy, LLC para facilitar tratamiento de rehabilitacion administrado por un terapista fisico licensiado, el cual fue referido por mi medico primario o especialista.

Parte 2: Póliza de Cancelacion

Entiendo que el asistir mis citas de terapia fisica es esencial para la recuperacion. En caso de tener que cancelar una cita; notificacion de 24 horas es requerida.

Es la póliza de *ALLIN Physical Therapy, LLC* informarle a su medico/ compania de seguro si pierde citas ya programadas.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Aviso y Notificacion de los Derechos del Paciente y de Prácticas de Privacidad

La compañia ALL IN Physical Therapy, LLC me ha proveido de una copia de la *Notificacion de los Derechos del Paciente y de Prácticas de Privacidad.*

Con esta firma yo testifico que recibi la copia de la *Noficiacion de Practica Privada y Derechos del Paciente.*

_____

(Firma)

_____

(Nombre del paciente deletreado)

_____

(Fecha)