

McGuire Physical Therapy

Consentimiento para el cuidado y el tratamiento

Yo, el abajofirmante, por la presente acepto y doy mi consentimiento para que la oficina de Fisioterapia McGuire proporcione atencion y tratamiento de Fisioterapia a:

Imprima el Nombre: _____ considerado necesario y adecuado en el tratamiento de su condicion fisica.

ASIGNACION DE BENEFICIOS / DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, por la presente asigno todos los beneficios médicos para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluido Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud para la Fisioterapia de McGuire. Una fotocopia de esta asignacion sera considerada tan válida como la original. Yo, por la presente, autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria, incluyendo registros médicos, para garantizar el pago.

POLIZA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Es nuestra poliza facturar a su portador de Seguro Medico solamente como cortesía hacia usted. Requerimos que su co-pago y/o deductible de Aseguranza, por el cual usted es responsable sea hecho hoy. Si su aseguranza no remite el pago dentro de 90 días, usted deberá pagar el saldo en su totalidad.

Si cualquier pago es hecho directamente a usted por esos servicios facturados por nosotros, usted reconoce que sera su obligación de remitir inmediatamente dicho pago a nuestra oficina de Fisioterapia de McGuire.

La declaracion anterior no aplica para aquellos pacientes que son considerados Casos de Compensacion Laboral. Sin embargo, tenga en cuenta que como paciente de compensación, usted sera considerado responsable de sus cargos en caso de que su reclamos sean negados.

Entiendo y concuerdo que si no realizo cualquiera de los pagos por los cuales soy responsable, tendre la obligacion de pagar todos los costos incurridos en el cobro de estas facturas.

Yo reconozco que las regulaciones HIPAA para la fisioterapia McGuire estan a mi disponibilidad en la sala de espera.

Yo reconozco que las Citas perdidas o Canceladas sin anticipo de 24 horas, tendran como resultado un cobro de \$25 por el cual yo sere responsable y NO mi aseguranza Medica.

Paciente o partido responsable

Fecha

Información del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: M F
Direccion: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____
Telefono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Empleador: _____
Numero de Licencia / ID: _____ Fecha Efectiva: _____ # Seguro Social: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relacion: _____ Telefono: _____

*Pacientes Menores de 18

Nombre de Guardian: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia

Nombre de su medico (s) : _____

Fecha aproximada de la primera vez que noto los sintomas: _____

En orden de gravedad, que parte (s) le duelen: _____

Del 0 a 10, califique su **peor** nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (peor)

El Dolor le da de repente o es gradual? (explicar): _____

¿Cuanto tiempo puede realizar las siguientes actividades antes de que sienta agravacion de los sintomas?

Permanecer Sentado: _____ Permanecer

Acostado: _____ Carninar: _____

Listar todas las areas en donde usted siente adormecimiento: _____

Hormigueo: _____

Alguna vez has tenido:

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Alta Presion Sanguinea | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Problemas Respiratorios | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Problemas del corazon | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Fracturas | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Problemas de circulacion | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Accidente Cerebrovascular | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Artritis | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Mareos | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Diabetes | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Otras enfermedades: | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> | Claustrofobia | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |

Cuales enfermedades? (listar): _____

¿Alguna vez ha tenido cirugia (s) ? No Si

En caso que si, indique fecha (s) y Nombre de Operacion (es): _____

¿Ha tenido radiografias recientes o MRI tomadas, cuando y donde?: _____

¿Tiene algun metal en cualquier parte de su cuerpo (con excepcion de los dientes)? No Si

¿Tiene un marcapasos (Corazon)? No Si (solo mujeres) ¿Esta embarazada? No Si

¿Tiene problemas con la vision? No Si Tiene alguna(s) alergia(s): No Si

En caso de tener alergia(s) listar por favor: _____

Haga una lista de los medicamentos que este tomando:
