

Bodies In Motion Physical Therapy

Informacion del Paciente

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social
----------	--------	----	---------------------	-------------------------

Direccion de casa:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
--------------------	---------	---------	----------------

Telefono de casa:	Numero de celular:	Numero de trabajo:
-------------------	--------------------	--------------------

Correo electronico:

Nombre del Empleador y Ocupacion:	Estado Civil: S C D
-----------------------------------	---------------------

Medico de Referencia y su Informacion

Nombre	Telefono
--------	----------

Esta lesion es el resultado de un accidente de trabajo o de auto?	Si	No
Ha tenido terapia fisica anteriormente este año?	Si	No
De donde se entero de Bodies In Motion ?	_____	

Contacto de Emergencia/ Información Tutor Legal

Apellido	Nombre	Telefono
----------	--------	----------

Seguro

Compañía de seguro primaria:	Numero de poliza:	
Nombre de asegurado:	Fecha de nacimiento:	Relacion de asegurado:
Compania de seguro secundario:	Numero de poliza:	

Ha tenido terapia física reciente en un ambiente de salud en el hogar? SI___ NO___

En caso afirmativo- ha sido dado de alta? SI___ NO___

Nombre de la agencia de salud en el hogar _____ Teléfono _____

Declaración Responsable / Póliza de Colecciones

Como la persona responsable, estoy de acuerdo que todos los cargos que no son pagados directamente por mi compañía de seguros de conformidad con las directrices de participación de mi póliza, será mi responsabilidad. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sí o no pagado por dicho seguro en el caso de que mi cuenta se convierte delincente y por lo tanto es por falta de pago. Acepto la responsabilidad de la cantidad del capital adeudado así como todos los gastos razonables relacionados con el cobro de esta deuda. Esto incluye pero no se limita a los cargos por servicio de colecciones, costos de abogados y todos los costos de la corte y los gastos legales adicionales asociados con la recuperación de esta deuda. Se podrán aplicar intereses a una tasa del 1.5% mensual (18% anual) para los saldos pendientes de pagos más de treinta días de edad.

Firma del Responsable

Fecha

Asignación de Beneficios/ Autorización para Entregar Información Médica / Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho a Bodies in Motion Physical Therapy, en caso de que presenten el seguro en mi nombre. Autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria a las autoridades competentes para asegurar el pago de dichas prestaciones. Una copia de esta asignación se considerará tan efectiva y válida como el original. Autorizo a dicho tratamiento por el personal autorizado de Bodies in Motion Physical Therapy como puede ser dictado por la práctica médica prudente por mi enfermedad, lesión o afección. Este consentimiento está pensado como una renuncia de responsabilidad para dicho tratamiento con excepción de los actos de negligencia.

Firma Autorizada

Fecha

Bodies In Motion Physical Therapy

HIPAA DECLARACION DE PRIVACIDAD

Tenga en cuenta que la información que usted da a esta oficina con respecto a sí mismo o su caso será confidencial, y no será discutido con otros sin su permiso expreso. Letras con respecto a su progreso serán enviados a su médico de referencia, de modo que él / ella puede mantenerse al tanto de su situación en lo que respecta a este caso. Cualquier intercambio de información entre Bodies in Motion Physical Therapy entidades serán utilizados según sea necesario. Sólo la información necesaria, incluyendo diagnósticos, se le enviará a su compañía de seguros en su nombre. Si desea otros arreglos, por favor consulte con el personal.

Cada paciente de Bodies In Motion tiene el derecho de inspeccionar sus registros de terapia física.

Haremos todo lo posible para mantener su privacidad y la de sus registros. Si usted tiene alguna pregunta o cuestiones relativas a este tema, por favor no dude en traerlos a la atención del personal.

El personal ha discutido esta declaración conmigo y ha contestado preguntas acerca de esta póliza.

Firma _____ Fecha _____

POLIZA DE CANCELACION DE 24 HORAS Y SI NO SE PRESENTA

Bodies in Motion Physical Therapy tiene una póliza de cancelación de 24 horas, o si no se presenta. En caso de que tenga que cancelar una cita, por favor póngase en contacto con nuestra oficina al menos 24 horas o UN DIA LABORABLE de anticipación. La falta de comunicación con nuestra oficina de una cancelación de 24 horas o de un día laborable de anticipación, o un fracaso para llegar a su cita programada dará lugar a una **cuota de \$40.00**. El seguro no cubrirá estos gastos.

Soy consciente de la póliza de cancelación de 24 horas o si no me presento.

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIR A UN CORREO ELECTRONICO PARA RECORDATORIOS DE CITAS Y OTRAS COMUNICACIONES

Pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados a través de correo electrónico para recordarles de citas y/o proporcionar información general relacionada con Bodies in Motion Physical Therapy. Al firmar a continuación, usted autoriza la utilización de las comunicaciones que reciben en la dirección de correo electrónico proporcionada en la sección de información del paciente. No compartiremos su información de correo electrónico con cualquier otra parte. Por favor indique su preferencia:

_____ Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos de Bodies in Motion Physical Therapy en el correo electrónico proporcionado en la sección de información del paciente.

_____ **NO DOY** mi consentimiento para recibir mensajes de correo electrónico de Bodies in Motion Physical Therapy.

Entiendo que esta solicitud se aplicará a todos los futuros recordatorios de citas y las comunicaciones, a menos que solicite un cambio en la escritura.

Firma _____ Fecha _____