

# Bodies In Motion Physical Therapy, LLC

## Información del Paciente

Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de Nacimiento
----------	--------	---------------------------	---------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo
------------------	------------------	----------------------

Correo electrónico:
---------------------

Nombre del Empleador y Ocupación	Estado civil: S C D
----------------------------------	---------------------

## Médico Remitente

Apellido	Nombre	Teléfono
----------	--------	----------

Esta lesión es el resultado de un accidente laboral o automovilístico?	Si	No
Ha tenido terapia física previamente este año calendario?	Si	No
De donde se entero de Bodies in Motion?	_____	

## Contacto de Emergencia/Información del Tutor Legal

Apellido	Nombre	Teléfono
----------	--------	----------

## Seguro

Seguro Primario:	Numero de Poliza:	
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Asegurado:
Seguro Secundario:	Numero de Poliza:	

## Declaración de Persona Responsable/ Póliza de Colecciones

Como persona responsable, estoy de acuerdo que todos los costos no cubiertos directamente por mi compañía de seguros de acuerdo con las directrices de participación de mi póliza serán mi responsabilidad. Entiendo que financieramente soy responsable por todos los gastos, sea o no pagados por el dicho seguro en el evento que mi cuenta se vuelva delincente y este por lo tanto este en defecto de pago. Acepto la responsabilidad del monto principal adeudado y todos los costos razonables asociados con el cobro de la deuda. Esto incluye pero no limitado a honorarios de servicio colección, abogado y todo los gastos de la corte y honorarios legales adicionales asociados con la recuperación de esta deuda. Interés será facturado a una tarifa de 1.5% al mes (18% anual) por saldos sin pago de más de 30 días.

Firma responsable del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Designación de Beneficios/Autorización para Comunicar 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 un seguro en mi nombre. Por la presente autorizo a dicho cesionario a comunicar toda la información necesaria a las autoridades apropiadas para asegurar el pago de dichos beneficios. Una copia de esta asignación se considerará efectiva y válida del original. Por la presente consiento en someterme a un tratamiento por parte del personal autorizado de Bodies in Motion Physical Therapy según lo dictado por la práctica médica prudente por mi enfermedad, lesión o condición. Este consentimiento se entiende como una renuncia a la responsabilidad por dicho tratamiento, a excepción de los actos de negligencia.

Firma de la persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Bodies In Motion Physical Therapy, LLC

## DECLARACIÓN SOBRE CUMPLIMIENTO CON LA LEY HIPAA SOBRE PRIVACIDAD

Por favor sepa la información que le da a esta oficina sobre usted, o su caso será confidencial, y no será discutido con otras personas sin su permiso expreso. Las cartas con respecto a su progreso serán enviadas a su médico de referencia, para que pueda mantenerse informado sobre su situación en lo que respecta a este caso. Cualquier intercambio de información entre entidades de Bodies in Motion Physical Therapy se usará según sea necesario. Sólo la información necesaria de reclamaciones, incluyendo diagnósticos, se le enviará a su compañía de seguros en su nombre. Si desea otros arreglos, consulte al personal.

Cada paciente en 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 tiene alguna pregunta o problema con respecto a este asunto, no dude en llamar la atención del personal.

---

### PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_  
Relacion  Madre  Padre  Esposo/a  Otro \_\_\_\_\_ para hablar con Bodies in Motion Physical Therapy sobre mis  Registros Médicos  Registros de Facturación  Registros Médicos y de Facturación.

### INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DE PACIENTE DEPENDIENTE

Por favor envíe los estados de cuenta a la siguiente dirección:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_