



PAGO POR CUENTA PROPIA - INFORMACION PARA EL PACIENTE-

SECCION 1: DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Numero de Social _____ - _____ - _____ Fecha de Cita: _____ / _____ / _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Dirección: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Garante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: (_____) - _____ - _____

Correo Electrónico: _____ Número de Celular: (_____) - _____ - _____

Empleador del Garante: _____ Numero de Trabajo: (_____) - _____ - _____

Dirección del Empleador: _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Teléfono: (_____) - _____ - _____

Relacion: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Numero de Teléfono: (_____) - _____ - _____

*Como se enteró de nuestras instalaciones? _____

SECCION 2: INFORMACION DE REFERENCIA

Nombre del médico que la ha referido: _____

Medico de referencia número de Teléfono: (_____) - _____ - _____

SECCION 3 – PACIENTES PAGO POR CUENTA PROPIA

Por favor inicialé en esta sección si es un paciente pagando por su propia cuenta

✓ **NO TENGO seguro de salud.** **Sus Iniciales:** _____

✓ **Yo entiendo que la carga de PTSMC para auto-pago es \$100.00 para la evaluación inicial, y también \$100.00 por visita, y por cada visita a partir de entonces.**

Sus Iniciales: _____

✓ **Entiendo que este pago se DEBE hacer EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, en cada cita. SIN EXCEPCIONES.**

Sus Iniciales: _____

SECCION 4 – CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO

Yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que Physical Therapy & Sports Medicine Center a proporcionar tratamiento médico tratamiento de aguja seca (Si es aplicable) a (Por favor ESCRIBA el nombre)

Considerado necesarios y apropiados para diagnosticar o tratar de ella/el condición física y mental

Firma del paciente/garante _____ Fecha: _____

SECCION 5 – ASIGNACION DE BENEFICIO/DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos para incluir beneficios médicos a los cuales tengo derecho, incluyendo Medicare, Medicaid, seguro privado, y terceros pagadores a Physical Therapy and Sports Medicine Center. Una fotocopia de asignación debe ser considerada tan válida como la original. Yo por la presente autorizo a dicho cesionario para liberar la información necesaria, incluyendo los registros médicos para asegurar el pago.

Firma del Paciente/garante _____ Fecha: _____



SECCION 6

DECLARACION DE POLITICA FINANCIERA

Por favor lea y marque con sus iniciales cada una de las siguientes acciones y firmar y fechar en la parte inferior

Physical Therapy & Sports Medicine Center (PTSMC) se facture a su compañía de seguros únicamente como cortesía a usted. Una vez que la explicación de los beneficios es recibida por nuestra oficina, si cualquier saldo pendiente y el deducible que serán facturados y enviados directamente a usted a la dirección de correo que nos ha facilitado. Usted es responsable de todo el Proyecto de ley cuando se prestan los servicios

NOTA: Esta Sección no se aplica para aquellos pacientes que se consideran remuneración del trabajador o pacientes PIP / accidente de auto. Sin embargo, tenga en cuenta si usted reclama beneficios de compensación laboral o recibir una solución basada en un accidente de auto y se le niega posteriormente tales beneficios, el paciente se hace responsable por el monto total de los cargos por los servicios prestados.

_____ Es la responsabilidad del paciente de pagar todos los pagos, co-seguros, deducible, o “pago en efectivo”
Inicial estimado cantidades en el momento de servicio.

_____ El paciente se compromete a asignar todos los beneficios médicos a PTSMC por los servicios prestados. Si
Inicial cualquier pago por la compañía de seguros se hace directamente al paciente por servicios facturados por PTSMC
Paciente reconoce la obligación de remitir de inmediato al mismo PTSMC

_____ Si por alguna razón la compañía de seguros no paga por los servicios cubiertos prestados dentro de los 60 días, el
Inicial paciente deberá asumir la responsabilidad de la cantidad total adeudada.

_____ Es la responsabilidad del paciente de pagar todos los servicios y los saldos descubiertos dentro 30 días de recibir su
Inicial estado financiero.

_____ Los pacientes iniciales que tienen un saldo anterior y desean recibir servicios adicionales están obligados a pagar
Inicial todos los saldos anteriores en su totalidad antes de tiempo de servicio.

_____ En caso de que la compañía aseguradora del paciente solicita un reembolso de los pagos realizados, la voluntad del
Inicial paciente será responsable de la cantidad de dinero reembolsado a la compañía de seguros del paciente.

_____ El paciente ha sido informado de que si el paciente deja de hacer cualquiera de los pagos en los que el paciente
Inicial es responsable de una manera oportuna, el paciente será responsable de todos los costos de cobro de dinero adeudado,
incluyendo la recuperación de los costos judiciales, honorarios de cobranza y honorarios de abogados (si precede), así
como el interés de 10% se debe en cualquier saldo pendiente, y el paciente es dado de alta del tratamiento en caso de
incumplimiento.

_____ Todo los cheques devueltos tendrán una cuota de servicio de \$40.00
Inicial

_____ Paciente entiende en el caso de que un pago se realiza mediante tarjeta de crédito, y se requiere un reembolso. El pago
Inicial será devuelto **SOLO** a la tarjeta de crédito utilizada originalmente, por favor permita 15 días para procesar. Si el pago
se realiza en efectivo o con cheque la devolución se realizara por medio de cheque, por favor permita 30 días para
procesar su reembolso.

**He leído la información anterior y certifico que entiendo y cumpliré con las políticas mencionadas
Anteriormente enunciados por Physical Therapy and Sports Medicine Center**

Nombre del paciente/garante (por favor escriba)

Fecha

Firma del paciente/garante (padres o guardia legal si menor)

Nombre del Testigo (Mostrador PTSMC)



SECCION 7

Autorización del paciente y Divulgación de Información Protegida de Salud Declaración de la Ley de Privacidad.

Podemos revelar su información de atención médica:

1. A otros profesionales de la salud dentro de nuestra practica con el fin de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
2. Al proveedor de seguros con el propósito de pago o operaciones de atención médica.
3. Para cumplir con las leyes de Compensación de Trabajadores del Estado.
4. A los empleados de salud pública para la prevención/control de la enfermedad y reportar la exposiciones infecciosas.
5. En el curso de cualquier administrativa del procedimiento judicial o fines policiales.

Bajo HIPPA ley federal de privacidad, usted tiene derecho a:

1. Solicitar restricciones en ciertos usos de su información médica.
2. Inspeccionar y copiar su información de salud.
3. Recibir una contabilidad o divagaciones de su información de salud protegida hecha por nosotros.
4. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, a petición.

Reservamos el derecho a modificar el presente aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o si desea más información sobre sus derechos de privacidad, por favor contáctenos al 301.446.1644.

Divulgación de Información

Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnostico, los registros: exámenes rendido a mi y reclamaciones información. Esta información puede ser revelada a :

Esposa/Esposo _____

Hijo (Hijos) _____

Otro _____

Información no debe ser entregada a cualquier persona.

Este ***Divulgación de Información*** permanecerá en efecto hasta que sea terminado por mi en escrito.

Mi firma indica mi autorización y consentimiento para Physical Therapy and Sports Medicine Center usar y divulgar mi información protegida de salud para los propósitos de tratamiento, pago y cuidado de la salud en la forma descrita anteriormente.

Nombre del paciente (Escriba): _____

Firma del Paciente/Garante: _____ Fecha: _____



SECCION 8

Póliza de Cancelación y De no Venir a Las Citas

- Le pedimos que nos ayude a servirle mejor conservación de la cita programada. Las citas que se perdieron o cancelados en el último momento no son capaces de dares a otros pacientes que necesitan una cita.
- Debe está a tiempo, para que pueda recibir el beneficio complete de su sesión de terapia.
- Cualquier paciente que llegue más de 15 minutos tarde no podrá ser visto por el terapeuta, y un cargo de cancelación de \$50.00 será aplicada. Si el paciente llegara tarde, se le pide que llame a nuestra oficina y no deje saber para que podamos informar al terapeuta.
- **PT&SMC requiere por lo menos 24 horas-notificación para cancelar su cita. Cualquier cita que sea cancelada el mismo día o en menos de 24 horas resultara en \$50.00 tarifa de cancelación.**
- **Esta cuota debe ser pagado antes de la siguiente cita.**
- **No venir a la cita resulta en un cargo de \$50.00.**
- **Entienden que si no se presenta a una cita, sin previo aviso a nuestra oficina, cualquier futura cita programada serán eliminados del sistema. La tarifa de \$50.00 debe ser pagado para que la próxima cita se programe.**
- **Tres episodios de no asistir a la terapia física (no venir a la cita) resultara en pacientes dados de alta de la terapia.**
- **En el caso de emergencia médico, documentación apropiada (nota del doctor etc.) debe proporcionarse.**

Clausula de Non-Conformidad

- Cualquier paciente que tiene 3 cancelaciones de citas consecutivos o si no se presenta, será dado de alta de la terapia física en caso de incumplimiento y se le notificara a su médico de referencia. Es importante que usted siga con el plan de tratamiento prescrito con el fin e que sea lo más efectivo.

La información anterior ha sido leída y explicada. Entiendo la política de la oficina.

Firma Del Paciente/Garante _____

Fecha _____



SECCION 9

Correo Electrónico y Mensajes de Texto Programa Formulario de Consentimiento

Nombre Del Paciente: _____

Estamos encantados de ofrecer a nuestros pacientes la opción de participar en nuestra comunicación con el paciente en línea sistema.

Algunas de las características incluyen la capacidad de:

1. Solicitud de citas a través de página web
2. Confirmar las citas a través de mensaje de texto
3. Recibir mensajes recordatorios por texto/ correo electrónico/mensaje de voz
4. Presentar las encuestas de satisfacción de lo pacientes
5. Recibir comunicación de PTSMC por mensaje de texto / correo electrónico (por ejemplo boletines, anuncios, actualizaciones y promociones.)

Por favor seleccione **UNO** de los siguientes métodos que desea que se le recuerde de su cita:

Madame Mensaje de Texto # _____

O

DEJEME UN MENSAJE DE VOZ EN ESTE NUMERO _____

Usted puede optar por discontinuar su participación en nuestro Sistema de comunicación en línea en cualquier momento con solo al hacer clic en el enlace “cancelar suscripción” que se encuentra en la parte inferior de cada correo electrónico, o respondiendo “STOP” a un mensaje de texto de nosotros. Se pueden aplicar tarifas de mensaje de texto estándar.

Por favor firme abajo para indicar que está de acuerdo para permitir que utilicemos esta información en a pracionando sus servicios

Firma del paciente

Fecha