



PIP / LITIGACION INFORMACION DE EL PACIENTE

SECCION 1: DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

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

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

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

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Garante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Teléfono: (_____) - _____ - _____

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

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

Dirección del Empleador: _____

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

Relación: _____

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: _____

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

SECCION 3 SEGURO DE SALUD

-SEGURO PRIMARIO-

Seguro Primario: _____

Póliza #: _____ Grupo#: _____ Nombre del asegurado: _____

Nombre del Subcriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de teléfono del seguro: (____) - _____ - _____ ext.: _____ Fax (____) - _____ - _____

-SEGURO SECUNDARIO-

Seguro Secundario: _____

Póliza #: _____ Grupo#: _____ Nombre de asegurado: _____

Nombre del Subcriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de teléfono del seguro: (____) - _____ - _____ ext.: _____ Fax (____) - _____ - _____

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 y 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 – ACCIDENTE AUTOMOVIL

Tenga en cuenta que PTSMC DEBE tener una verificación adecuada del ajustador de que esta afirmación es aprobada antes de que pueda ser programado para una cita.

1. Es esta una demanda por accidente de automóvil? Si No
2. Fecha de Accidente/Lesión: _____ Estado en el cual ocurrió el accidente: _____
- 3.Cuál es el nombre de la compañía principal de su seguro de auto? _____
4. Su número de reclamo de auto: _____
5. Nombre del ajustador: _____
6. Número de teléfono, fax, y correo electrónico del ajustador: _____
7. Aprobó su ajustador las visitas de terapia física? _____
8. Ha presentado su solicitud PIP? Si No
9. La policía fue a donde paso el accidente? Si No
10. La policía escribió un informe del accidente? Si No
11. Tiene una copia del informe? Si No Nos trajo una copia a PTSMC? Si No
12. Se le dio un billete (ticket) para el accidente? Si No Le dieron un billete (Ticket) a el otro conductor? Y N
13. Va a decir el otro conductor que el accidente fue culpa de usted? Si No
14. Es dueño de otros autos? Si No
15. Alguien mas en su hogar es dueño de un carro? Si No (Usted puede ser capaz de utilizar su PIP)
16. Cuánto daño de propiedad se hizo a su auto? _____
17. Cuánto daño a la propiedad se hizo al otro carro? _____

SECCION 7 - CASOS DE LITIGIOS

SECCIÓN CUATRO – CASOS DE LITIGIOS

¿Hay un abogado asignado a este caso? Si No

Si no, ¿Planea usted contratar a un abogado? Si No (Debemos ser notificados inmediatamente si el abogado se mantiene o se cambia)

En caso afirmativo, por favor de Imprimir el nombre del abogado y la firma: _____

Teléfono del abogado: (_____) - _____ - _____ Fax: (_____) - _____ - _____ E-mail: _____

Ha firmado la autorización fiscal de PT&SMC que esta adjunta con los papeles? Si o No



Physical Therapy & Sports Medicine Center

SECCION 8

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 procede), 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)



Physical Therapy & Sports Medicine Center

SECCION 9 - Protección contra lesiones personales (PIP) / Accidente de Auto Reclamo de Pacientes

_____ El paciente entiende que PTSMC facturara cualquier compañía de seguros de automóviles
Inicial disponibles para recuperar cualquier inicial y todo el dinero PIP debido y debido a mi, para pagar mis cuentas medicas PTSMC.

_____ El paciente entiende que PTSMC debe ser informado si el paciente conserva un abogado
Inicial o hace un cambio de abogado.

***** Por favor seleccione una opción*****

- | | |
|--|--|
| 1. Yo por la presente instruyo a PTSMC <u>NO</u> facturar a mi seguro de salud por las razones que siguen: | 2. Yo instruyo a PTSMC para facturar a mi seguro de salud una vez que PIP se allá agotado. |
|--|--|

- * Posible aumento de las primas futuras
- * Las posibles limitaciones de tratamiento.
- * No puedo pagar los copagos / deducibles
- * Los posibles efectos adversos del plan de grupo del empleador
- * Mi abogado va a liquidar el saldo después de un litigio.
(Fiscal debe firmar el formulario de AA)

Inicia _____ **O** Inicial _____

He leído la información anterior y certifico que entiendo y cumpliré con las políticas establecidas por Physical Therapy & 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 10

CESION Y AUTORIZACION

Por la presente se autoriza a divulgar y/ o aportar mi abogado(s) con toda la información médica, facturas y / o documentos en su poder que se soliciten, en referencia a cualquier enfermedad y las lesiones que he sufrido.

Yo aún más, de manera irrevocable asigno a usted, y autorizo y ordeno dichos apoderados para pagar con el producto de cualquier recuperación en mi caso todos los honorarios razonables de los servicios proporcionados por usted. Incluyendo los cargos por preparación y el testimonio, como resultado de la lesión o condición hasta ahora mencionado. Yo entiendo que esto de ninguna manera me libera de mi primera obligación personal a pagar por estos servicios y que la firma de esta forma no prohíbe la facturación habitual por ti. Todas las facturas serán pagadas de la forma habitual. Esto incluye específicamente, pero no se limita a cualquier y todos los pagos de gastos Pip, Med-pay o Med expense.

Además, se entiende que hay un Estatuto De Limitaciones aplicable a cualquier demanda civil puede traer. En vista de esto, yo acepto que el Estatuto De Limitaciones con respecto a cualquier reclamación por servicios mencionados anteriormente **no comenzara** a funcionar hasta que le envié una negación, por escrito, **deberá** ser enviado por correo certificado, con acuse de recibo, y dijo que se requiere acuse de recibo a mostrar una prueba de la notificación de esta negación.

Nombre del Paciente: _____ Firma del paciente/garante: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

(Mostrador PTSMC)

EL ABOGDAO QUE SUSCRIBE PARA EL PACIENTE ANTES MENCIONADO SE COMPROMETE A CUMPLIR COMPLETAMENTO CON LO ANTERIOR "AUTORIZACION Y ASIGNACION" Y SE OBLIGA A INFORMAR AL CESIONARIO NOMBRADO POR ESCRITO DE EL ESTADO DE LA PETICION DEL PACIENTE DENTRO DE LOS DIEZ (10) DIAS DE LA SOLICITUD, Y SE COMPROMETE A NOTIFICAR AL CESIONARIO SE EL ABOGADO DEJA DE REPRESENTAR A ESTE PACIENTE Y/O SI LA RECLAMACION SE NIEGA.

Nombre del Abogado: _____ Firma del Abogado: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha: _____



SECCION 11

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Y derecho de demandar por PIP

A Quien Le Pueda Interesar:

Por la presente autorizo y dirijo cualquier compañía de seguros con la que yo pueda hacer una reclamación de PIP o Med-Gastos beneficios, y / o mi abogado, para directamente pagar a Physical Therapy and Sports Medicine Center, en lo sucesivo, "ese proveedor de la salud", y el dinero que se le debe a ese proveedor de salud para los servicios prestados a mí.

En el caso de que cualquier compañía de seguros que está obligado a devolverme por cargos que incurra con este profesional de la salud se niega a efectuar los pagos después de la demanda es hecha por mí o ese proveedor de salud, por la presente asignar y transferir a ese proveedor de salud todas y cada una causas de acción que tengo en contra de dicha compañía de seguros, incluyendo, pero no limitado a, el derecho a presentar una demanda, por la falta de pago del PIP disponible y / o beneficios Med-de gastos hasta el monto de la factura completo de este profesional de la salud.

Autorizo a este profesional de la salud para que cualquier causa de acción, ya sea en mi nombre o en nombre de ese proveedor de salud. Asimismo, autorizo a este proveedor de salud al compromiso, resolver o no resolver cualquier reclamación que surja de PIP disponibles o beneficios Med-de gastos hasta el monto de su factura completa.

Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de las cantidades totales, debido a este proveedor de salud para sus servicios. Entiendo que el pago es debido en el momento se prestan los servicios, y que este profesional de la salud está proporcionando una cortesía a mí por tratar de tener la factura pagada a través de fuentes alternativas. Estoy de acuerdo en que este documento no constituye ninguna consideración para este profesional de la salud para esperar el pago, y que el pago podrá exigirse de mí inmediatamente después de la prestación de servicios.

Autorizo a este proveedor de salud a dar cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros o abogado para facilitar el cobro de la factura. Estoy de acuerdo en que este profesional de la salud se dará poder para aprobar o firmar mi nombre en cualquier y todos los cheques para el pago de mi factura médico.

Nombre del Paciente: _____

Firma del paciente/garante: _____

Fecha: _____



SECCION 12

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.

Divulgacion de Informacion

Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnostico, los registros: exámenes rendidos a mí 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 mí 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 13

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 de 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 14

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 los 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

Date