

Información del paciente:

Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Masculino / Femenina / Otro _____SS#: _____ Estado civil: Soltero / Casado / Divorciado / Otro _____

Empleado: _____ Ocupación: _____ # Trabajo: _____

Dirección del empleador: _____

Contacto Preferido: Casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____Recordatorios: Texto / Correo electrónico/ Llamada de voz/ Ninguno

Contacto de emergencia # _____ Nombre/ Relación _____

Información del médico:

Médico de referencia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Médico Primario: _____ Número de teléfono: _____

Ha recibido tratamiento de Terapia Física o Terapia Ocupacional en los últimos 12 meses? Yes / NoHa asistido a quiropráctica, terapia del habla o Cuidado en el hogar? Sí / No**Información de Seguros:**

Compañía de Seguro Primario: _____

ID de miembro# : _____ ID de grupo# : _____

¿Este es el seguro del Paciente? Sí / No Si No, quién es el titular de la póliza: _____

Titular de la póliza fecha de nacimiento : _____ Relación con el paciente: _____

Compañía de Seguro Secundario: _____

ID de miembro# : _____ ID de grupo# : _____

¿Este es el seguro del Paciente? Sí / No Si No, quién es el titular de la póliza: _____

Titular de la póliza fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

** Si tiene un seguro terciario, notifíquelo a nuestra oficina inmediatamente.****Información sobre accidente: Auto (NF) o Compensación de trabajador (WC)**¿Está este trabajo relacionado? Sí / No - Accidente de auto? Sí / No – Fecha de Accidente _____Cirugía: Sí / No -Fecha de la cirugía: _____ ¿En qué Estado ocurrió el accidente?: _____

Información del abogado: Nombre/Firma- _____

Dirección del abogado: _____ Teléfono: _____

NF/WC Nombre del seguro: _____

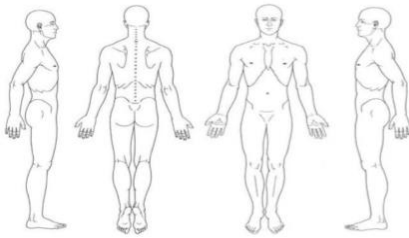
Número de reclamación: _____ Número de póliza: _____

Nombre del ajustador: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico del ajustador: _____ Número de fax: _____

¿Está su reclamo abierto? Sí / No ¿Su ajustador es consciente de que está iniciando la terapia? Sí / No

Historia Médica: Indique dónde tiene dolor u otros síntomas



None ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Unbearable

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos/ enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> Dolor articular, tendón o muscular <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Presión arterial alta o baja <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho/ Angina / Palpitaciones <input type="checkbox"/> Dolor abdominal/ Hinchazón/ Gas <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tos/Sibilancias o exención <input type="checkbox"/> Gusto <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Asma/ Bronquitis/ Neumonía/ Tos crónica <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Alergia al látex <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Reemplazo de juntas/ Reparación <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales <input type="checkbox"/> Problemas de la piel <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Azúcar en sangre alto o bajo <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Pobre Balance Caídas Recientes <input type="checkbox"/> Mareos/ Vértigo/ Desmayos/ Apagones <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza graves <input type="checkbox"/> Problemas de próstata <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Trastornos convulsivos <input type="checkbox"/> Problemas de circulación/ Coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual/ Sida <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dependencia química(Alcoholismo) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme <input type="checkbox"/> Intestinos dolorosos/ Taburete suelto <input type="checkbox"/> Depresión/ Ansiedad / Ataques de pánico |
|---|---|

Altura: _____ Peso: _____

Por favor proporcione detalles sobre las condiciones verificadas anteriormente:

Medicamentos: Por favor, enumere todos los medicamentos de mostrador y de prescripción que está tomando actualmente. Incluir dosis y frecuencia

Historia Quirúrgica: Enumere todos los procedimientos quirúrgicos que ha tenido y las fechas en que se realizaron.

Testen diagnóstico: Por favor, compruebe cualquier prueba diagnóstica y / o tratamientos que haya completado para esta condición:

- MRI CT Scan Rayos X Escaneo óseo EMG Prueba de estrés cardíaco
- Bloqueo nervioso Ultrasonido Exámenes de sangre Estudios Doppler Inyecciones Urianálisis

Otro: _____

Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente

JAG-ONE Physical Therapy 's enfoque es su salud y bienestar general. A medida que continuamos esforzándonos por ayudarlo a cumplir con estos estándares, es importante para nosotros que entienda los términos "**Médicamente Necesario**", "**Clínicamente Apropriado**", "**Beneficio Máximo**" y cómo esto se relaciona con su tratamiento.

"**Médicamente necesario**" se define como tratamiento o servicios que son específicos de su diagnóstico. Cuando el tratamiento se considere médicamente necesario, su compañía de seguros reembolsará a JAG-ONE PT por los servicios prestados de acuerdo con la atención de terapia física que tiene una conexión directa con el documento de función mejorada basada en nuestro acuerdo contractual.

"**Clínicamente Apropriado**" o "**Beneficio Máximo**": Las compañías de seguros pueden negar la atención a pesar del tratamiento que continúa manejando, reduciendo o eliminando su dolor. Esto puede ser "clínicamente apropiado" para sus circunstancias, pero puede no ser considerado "médicamente necesario" por su compañía de seguros. El máximo de beneficios se define como un número específico de visitas de fisioterapia permitidas por su póliza de seguro durante un período de tiempo específico. La mayoría de los tratamientos llegan a un punto en el que no se puede esperar más mejoras. Esto se denomina punto de beneficio terapéutico máximo (MTB). Se puede llegar a MTB cuando las quejas se resuelven completamente, o cuando el dolor y/o la discapacidad persisten, incluso con el tratamiento continuo.

"Denegaciones/Apelaciones":

Es responsabilidad del paciente iniciar una apelación con el proveedor de seguros cuando se niegan los servicios. JAG-ONE Physical Therapy proporcionará la información clínica necesaria previa solicitud.

Si su compañía de seguros determina que los servicios ya no son médicamente necesarios, se le facturará \$100.00 por visita por los servicios que se han prestado.

Entiendo que es mi responsabilidad confirmar mi cobertura con mi compañía de seguros y que la Terapia Física JAG-ONE puede verificar tal cobertura como una cortesía para mí. JAG-ONE PT no será responsable de información inexacta o denegaciones proporcionadas por su compañía de seguros después de que los servicios hayan sido prestados.

Mi firma a continuación reconoce que he leído y entiendo completamente que:

1. JAG-ONE Physical Therapy ha discutido las limitaciones de la necesidad médica, atención clínicamente apropiada, y el número específico de visitas al consultorio permitidas por mi compañía de seguros.
2. He sido informado de mi responsabilidad financiera si mi compañía de seguros niega la totalidad o parte de estos servicios como no es médicamente necesario.
3. Acepto plenamente la responsabilidad financiera de pagar por los servicios denegados en el momento en que mi compañía de seguros considere que mi tratamiento no es médicamente necesario.
4. Usted es responsable en última instancia de todas las obligaciones de pago que surjan de su tratamiento o cuidado y garantía de pago por estos servicios. Usted es responsable de los deducibles, copagos, co-seguros o cualquier otra responsabilidad de la paciente indicada por su compañía de seguros.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Consiente Y Divulgaciones

(YO) CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A FAMILIARES O AMIGOS

Normalmente, discusión de los registros médico o Información de facturación no sería revelado a nadie, pero a ti mismo por teléfono. Sin embargo, con su consentimiento, nuestro personal hablará con su significativa otra, familiar cercano o otra persona designada. Por favor, entienda que está renunciando a su derecho a la confidencialidad si se da este consentimiento.

_____ **INICIAL AQUÍ PARA DAR SU CONSENTIMIENTO:** Por la presente doy mi consentimiento para JAG-ONE Physical Therapy personal de la oficina para discutir mi condición médica o problemas de facturación con la persona/personas que he designado a continuación.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

_____ **INICIAL AQUÍ PARA RECHAZAR EL CONSENTIMIENTO**

(II) CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR LA INFORMACION A UNA MAQUINA DE RESPUESTA DE TELEFONO

En un esfuerzo por proteger su confidencialidad, historia clínica y detalles de recordatorio de cita (incluyendo fecha y hora) no se dejará en su contestador automático, correo electrónico y/o recibido en un mensaje de texto; Sin embargo, si prefiere que hagamos esto, podemos con su consentimiento. Por favor, entienda que está renunciando a su derecho de confidencialidad si da su permiso.

_____ **INICIAL AQUÍ PARA DAR SU CONSENTIMIENTO:** Por la presente doy mi consentimiento para JAG-ONE Physical Therapy personal de la oficina para dejar la historia clínica o recordatorios de citas (incluyendo fecha y hora) en mi contestador telefónico, correo electrónico y/o mensaje de texto.

_____ **INICIAL AQUÍ PARA RECHAZAR EL CONSENTIMIENTO**

(III) AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA TRATAR Y PRESENTAR RECLAMACIONES MÉDICAS

Autorizo el pago a JAG-ONE Physical Therapy, LLC para todos los servicios de fisioterapia prestados. También entiendo y acepto que independientemente de mi estado de seguro, En última instancia, soy responsable del saldo de mi cuenta por los servicios profesionales prestados.

Doy mi consentimiento para ser evaluado por y recibir tratamiento de JAG-ONE Physical Therapy, LLC consistente con un plan de atención. Confirmando que me han informado y han participado en la planificación de la atención y los procedimientos que deben llevar a cabo JAG-ONE Physical Therapy LLC y firmar este consentimiento voluntaria y voluntariamente.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información y/o divulgación a JAG-ONE Physical Therapy, LLC de la totalidad o parte de mi expediente médico a otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención o a terceros pagadores según sea necesario para procesar reclamos.

Soy consciente de que mi hijo está recibiendo Física/ Terapia Ocupacional en JAG-ONE Physical Therapy. No puedo asistir a sus visitas a la oficina. Por favor acepte este formulario como mi consentimiento para tratar a mi hijo.

Iniciales de padre/tutor si corresponde: _____

He leído y entiendo completamente los consentimientos y divulgaciones anteriores.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma parental para menores: _____

Fecha: _____

Atención**JAG-ONE Physical Therapy SIN POLÍTICA DE NO
SHOW/CANCELACIÓN**

Como cortesía a otros pacientes, así como JAG-ONE Physical Therapy personal, agradeceríamos una llamada de notificación para cancelar citas al menos 24 horas antes de su cita programada. Por favor, asegúrese de reprogramar su cita después de cancelar. Si no se recibe/documenta una llamada, su visita se contará como "NO SHOW".

En referencia a faltar o no mostrarse a su cita programada sin notificación previa, se cobrará una tarifa de \$35 en su próxima visita. Con suerte, esta política garantizará una mejor disponibilidad de la programación para no bloquear las citas para otros pacientes. Si hay cualquier malentendido o mal comunicación con respecto a su cita programada, por favor hable con nuestro gerente de la oficina.

REFERENCIAS

POR FAVOR, CONSULTE SI SU OPERADOR DE SEGURO REQUIERE UNA REFERENCIA DE SU PHYSICAN DE CUIDADO PRIMARIO.

LAS REFERENCIAS SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y DEBEN COMPLETARSE Y VUELTAS A LA TERAPIA Física DE JAG-ONE A TIEMPO PARA EVITAR CUALQUIER DENIALS DE SEGURO.

Verificación de beneficios

JAG-ONE Physical Therapy verifica los beneficios del paciente con su compañía de seguros como cortesía al paciente. Los beneficios cotizados no son una garantía de pago. El paciente es responsable en última instancia de los servicios denegados prestados en la Terapia Física JAG-ONE.

Le agradecemos de antemano su cooperación.

JAG-ONE PHYSICAL THERAPY