**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre Apellido:

Primer Nombre:

SSN:

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Telefono de Casa:

Telefono Movil:

Correo Electronico:

Metodo preferido de recordatorios de citas: [ ] Telefono De Casa [ ] Movil [ ] Texto [ ] Correo Electronico

Como supiste de nosotros? [ ] Doctor [ ] Abogado [ ] Hospital [ ] Amigo(a) [ ] TV [ ] Radio [ ] Internet [ ] Seguro

Fecha de Nacimiento:

Genero:

Fecha de herida/accidente:

Lugar (estado) de la lesion:

Contacto de Emergencia:

Relacion:

Telephono:

 ( )

**INFORMACION DE SEGURO- POR FAVOR TRAIGA SU TARJETA DE SEGURO**

**Compania de Seguro Primaria:**

ID #:

Nombre del Suscriptor:

Fecha de Nacimiento:

# de Grupo:

Relacion con el Suscriptor: (Circula uno) Yo / Esposo(a) / Menor / Otro

Empleador:

Telefono del Trabajo:

**Compania de Seguros Secundaria (Si Corresponde):**

ID #:

Nombre del Suscriptor:

Fecha de Nacimiento:

 # de Grupo:

Relacion con el Suscriptor: (Circula uno) Yo / Esposo(a) / Menor / Otro

Empleador:

Telefono del Trabajo:

Nombre Appellido:

Primer Nombre:

SSN:

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

Relacion con el Suscriptor: (Circula uno) Yo / Esposo(a) / Otro

Fecha de Nacimiento:

Empleador:

Telefono del Trabajo:

**INFORMACION DEL GUARDIAN (SI ES MENOR DE 18 ANOS)**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

**Consentimiento para tratamiento:** Entiendo que tengo el derecho de elegir a mi proveedor de fisioterapia y he elegido Physical Therapy Now y por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que PT Now brined atencion y tratamiento de fisioterapia que se considere necesario o aconsejable para evaluar o tartar mi condicion fisica. Ademas, entiendo que no se me han hecho garantias sobre el resultado del tratamiento.

**Consentimiento para el tratamiento de un menor:** Como padre y/o tutor legal, autorizo y doy mi consentimiento para Physical Therapy Now para tartar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del menor) mientras no estoy presente

**Padre / Guardian / Firma de la parte responsable:**

**Fecha:**

**Physical Therapy Now
Formulario de Registro**

**Firma del Paciente:**

 **Fecha:**

**Padre / Guardian / Garante:**

 **Fecha:**

**AUTORIZACION DEL PACIENTE**

 - Por mis iniciales y firma entiendo estas politicas y mis obligaciones financieras por los servicios prestados.

- Asigno el pago de los beneficios de mi compania de seguros a Physical Therapy Now, y acepto la responsabilidad de garantizar que mi compania de seguros realice el pago en mi cuenta dentro de los 90 dias. La falta de pago por parte de mi compania de seguros dara como resultado que todos los cargos se transfieren a mi saldo personal en mis estado de cuenta.

 - Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo de visita al consultorio/copago al memento de la visita.

- Estoy de acuerdo en pagar puntualmente el saldo de mi cuenta personal, incluido el coseguro o el deducible no cubierto al recibir mi estado de cuenta. Entiendo y acepto que la responsabilidad del pago por los servicios prestados es mia, vencida y pagadera a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. En caso de incumplimiento, acepto pagar los costos de cobro y los honorarios razonables de abogados que se requieran para cobrar efectivamente la deuda.

**POLITICA DE OFICINA Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

**CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DEL PACIENTE:** He leido y entiendo completamente el Aviso de Practicas de informacion de Physical Therapy Now. Entiendo que PT Now puede usar o divulgar mi informacion personal de salud con el fin de llevar a cabo un tratamiento, obtener un pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operacion administrative relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir como se usa y divulga mi informacion personal de salud para tratamiento, pago y operaciones administrativas mediante notificacion a la practica. Tambien entiendo que Physical Therapy Now considerara las solicitudes de restricciones.

Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y divulgacion de mi informacion personal de salud para los fines indicados en el Aviso de practicas de informacion de Physical Therapy Now. Entiendo que me reservo el derecho de revocar este consentimiento notificando la practica por escrito en cualquier momento.

**Iniciales**

**Iniciales**

**ASISTENCIA, CANCELACION Y AUSENCIA:** La asistencia a sus visitas de terapia es su responsabilidad mas importante porque puede marcar la diferencia entre si tiene exito o no en su tratamiento. Si bien entendemos que es possible que deba cancelar una cita debido a circunstancias imprevistas, requerimos un aviso de cancelacion de al menos 24 horas. Hay un cardo de $25 por cancelacion sin previo aviso o por no presentarse a su cita. Este cargo no esta cubierto por el Seguro, y usted debe pagar esta tarifa personalmente.

**FINANCIAL RESPONSIBILITY:** Como cortesia para usted, Physical Therapy Now presentara sus reclamos de seguro medico. Sin embargo, el contrato entre usted como paciente y su compania de seguros. Es personal para usted. PT Now no es responsible de los problemas entre el paciente y la compania de seguros, ni PT Now puede intervenir o negociar para ninguna de las partes en reclamos en disputa. Informenos de inmediato si cambia la cobertura de seguro mientras se somete a tratamiento. Los equipos y/o suministros de fisioterapia generalmente no son reembolsables por la compania de seguros. Como tal, PT Now require el pago por parte del paciente de cualquier equipo/suministro al momento de realizar el pedido. HOT le proporcionara un recibo como documentacion de la compra para que pueda soicitar el reembolso personalmente. PT Now acepta efectivo, Visa, Mastercard o Discover como opciones de pago.

**Iniciales**

**CONSENTIMIENTO A INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL**

Autorizo a PT Now a compartir toda mi informacion medica/de facturacion con las siguientes personas:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Physical Therapy Now Financial Policy**

**Paiente:**

**Seguro Primario:**

Hemos verificado su cobertura de seguro y beneficios a partir de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha). Esta informacion se le proporciona exactamente como nos la contaron. Por favor, INICIAL destacados beneficios relacionados con su poliza.

No tiene un copago asociado con su seguro primario.

SI: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o NO

No tiene un deducible asociado con su seguro primario.

SI: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o NO

No tiene un coseguro asociado con su seguro primario.

SI: %\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o NO

No tienes un seguro secundario.
SI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o NO

Aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de credito (MASTERCARD, VISA Y DISCOVER)

Si hay inquietudes con respect a su responsabilidad financiera por este servicio, solicite a la Oficina de Recepcion que hable con nuestro Departament de Fracturacion o contactelos directamente al 305-570-1666 para analizar su situacion si es necesario.

Tenga en cuenta que sus beneficios y/o informacion de cobertura pueden estar sujetos a errores. Por lo tanto, le recomendamos que se comunique directamente con su seguro si tiene alguna pregunta o inquietud con respect a este beneficio.

**CONSENTIMIENTO: Entiendo estos beneficios como se me explico.**

 **Firma Del Paciente:**

**Firma de PT Now**

**Empleado(a):**

**Date:**

**Date:**











**Historial Medico**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_

Nombre del medico de referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermedad grave/Cirugia/Hospitalizacion:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fue evaluado por Fire Rescue? (Circula uno) SI o NO

Fue transportado al hospital? (Circula uno) SI o NO En caso afirmativo, que hospital? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problema Medico y de salud actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se siente limitado en lo que puede hacer debido a su condicion actual? Si es asi, como? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Te sientes triste, rechazado o deprimido por tus condiciones actuals? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido problemas en el present o en el pasado con alguna de las siguientes condiciones?

SI\_\_\_ NO \_\_\_ Diabetes

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Hipertension

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Presion arterial baja

SI \_\_\_ NO\_\_\_ Triste/deprimido

SI \_\_\_ NO\_\_\_ Enfermedades del Corazon

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Marcapasos

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Deficit circulatorio

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Ansiedad/Nerviosismo

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Alergias

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Historial de Cancer (Propio)

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Abuso de Drogas/Alcohol

SI\_\_\_ NO \_\_\_ Autoaislamiento

SI\_\_\_ NO \_\_\_ Perdida de apetito

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Preocuparse por la salud actual

SI\_\_\_ NO \_\_\_ Dificultad de autocuidado

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Enfermedad del higado

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Enfermedad del rinon

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Sistema immune

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Ansiedad por el potencial de recuperacion

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Pulmon/Respiracion dificil

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Convulsiones

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Derrame Cerebral

SI \_\_\_ NO \_\_\_ GI/ Gastrointestinal / Diverticulitis

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Urinario/Prostata

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Anemia

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Arthritis / Osteoporosis / Osteopenia

SI \_\_\_ NO \_\_\_Insomnia

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Perdida/Aumento de peso

Physical Therapy Now

**Asignacion de Beneficios (Assignment of Benefits)**

El paciente abajo firmante y/o la parte responsible, ademas de continuar con la responsabilidad personal, y en consideracion del tratamiento prestado o por ser asignado, asigna a las tenencias de Physical Therapy Now, los siguientes derechos, poder y autoridad:

DIVULGACION DE INFORMACION: Usted esta autorizado a divulger informacion sobre mi afeccion y tratamiento a mi compania de seguros, abogado o ajustador de seguros con el fin de procesar mi reclamo de beneficios y el pago del los servicios prestados a mi.

CESIÓN IRREVOCABLE DE DERECHOS: se le asigna el derecho exclusivo e irrevocable a cualquier causa de acción que exista a mi favor contra cualquier compañía de seguros por los términos de la póliza, incluido el derecho exclusivo e irrevocable de recibir el pago de dichos servicios, hacer la demanda en mi nombre para el pago, y enjuiciar y recibir multas, intereses, pérdida judicial u otros montos legalmente indemnizables propiedad de una compañía de seguros de acuerdo con el Capítulo 627 del Estatuto de la Florida del Código de Seguros de la Florida para cooperar, proporcionar información según sea necesario y aparecer según sea necesario , donde sea que ayude en el enjuiciamiento de dichos reclamos de beneficios a pedido.

DEMANDA DE PAGO: A cualquier compañía de seguros que nos brinde beneficios de cualquier tipo para nosotros / nosotros por el tratamiento prestado por el centro médico mencionado anteriormente, se le solicita que pague la factura completa por los servicios prestados por el médico / centro mencionado anteriormente dentro de 30 días posteriores a la recepción de dicha factura por servicios en la medida en que dichas facturas sean pagaderas según los términos de la póliza. Esta demanda se ajusta específicamente al Capítulo 627 del Estatuto de la Florida del Código de Seguros de la Florida, que establece los honorarios de los abogados, la multa del 18%, el costo de la corte y los intereses del juicio, en caso de violación. Además, le pido al proveedor que haga todos los cheques pagaderos a Physical Therapy Now Holdings y que envíe todos los cheques a 12277 SW 130th St Miami FL 33186.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS: Si mis lesiones son el resultado de negligencia de un tercero, entonces le pido al transportista de responsabilidad que corte un giro por separado para pagar todos los servicios prestados, pagaderos a Physical Therapy Now Holdings, y que envíe todos y cada uno de los cheques a fisioterapia ahora Holdings.

ESTATUTO DE LIMITACIONES: Renuncio a mis derechos de reclamar cualquier estatuto de limitaciones con respecto a reclamos por servicios prestados o por el médico / centro mencionado anteriormente, además del costo razonable de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales incurridos.

PODER LIMITADO DEL ABOGADO: Por la presente, otorgo al médico / centro mencionado anteriormente el poder de endosar mi nombre en cualquier cheque, giro u otro instrumento negociable que represente el pago de cualquier compañía de seguros que represente el pago por tratamiento y atención médica prestados por el médico / centro designado encima. Estoy de acuerdo en que cualquier pago del seguro que represente un monto que exceda los cargos por el tratamiento prestado se acreditará a mi / nuestra cuenta o se enviará a mi / nuestra dirección, previa solicitud por escrito, al médico / centro mencionado anteriormente.

RECHAZO POR ESCRITO: Por la presente autorizo ​​al médico / clínica mencionado anteriormente a establecer un reclamo de Med Pay, PIP o UM en mi nombre. También le pido a mi compañía de seguros que proporcione, por solicitud al proveedor / clínica mencionada anteriormente, cualquier rechazo por escrito, ya que se aplican a mi falta de cobertura de Med pay, PIP o UM / UIM. Si mi compañía no puede proporcionar dichos rechazos de manera oportuna, reconozco que tengo derecho a niveles mínimos de cobertura, según la sección 627 del Código de Seguros de la Florida, y le pido a mi compañía que pague los límites disponibles directamente al médico. / clínica mencionada anteriormente, y para enviar todos los cheques o instrumentos financieros a 12277 SW 130th St Miami FL 33186.

TERMINACIÓN DE LA ATENCIÓN: por la presente, reconozco y entiendo que si no cumplo con las citas que me recomendó mi médico en esta clínica, él / ella tiene el derecho total y completo de rescindir la responsabilidad de mi atención y renunciar a cualquier discapacidad que se me haya otorgado dentro de un período de tiempo razonable Si durante el transcurso de mi atención, mi compañía de seguros me exige que tome un examen de cualquier otro médico; Notificaré a este médico / centro de inmediato. Entiendo que no hacerlo puede poner en peligro mi caso.

Firma del paciente y / o partes responsables:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Firma Del Paciente) Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Firma de la Clínica) Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Firma Notarial) Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_