



HISTORIA DEL PACIENTE

Fecha: ____/____/____

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Contacto:

Móvil

Trabajo

Correo electrónico

Médico de atención primaria:

Teléfono: ()

HISTORIA MÉDICA

Tiene / ha tenido alguna de las siguientes enfermedades médicas Marque con un círculo
Sí (S) o no (N)

Presión arterial alta	S / N	del VIH / SIDA	S / N	artritis reumatoide	S / N
enfermedad cardíaca	S / N	Problemas respiratorios	Y / N	Osteoartritis	S / N
Marcapasos	S / N	Asma	S / N	Vértigo	S / N
Ataque cardíaco	S / N	Alergias	S / N	Pérdida auditiva	S / N
Accidente cerebrovascular	S / N	Fiebre reciente / Dolores de cabeza	S / N	Pérdida de memoria	S / N
Coágulo de sangre / TVP	S / N	Cambios intestinales / vesicales	S / N	Pérdida de la visión	S / N
Colesterol alto	S / N	Problemas renales	S / N	Adormecimiento	S / N
Diabetes	S / N	Ansiedad / Depresión	S / N	Dermatitis	S / N
Convulsiones	S / N	Peso inesperado Pérdida	S / N	Hernia	S / N
Cáncer	S / N	Embarazada	S / N	Reemplazo de articulación	S / N
Hepatitis	Y / N	Osteoporosis	S / N	Metal / Tornillos en el cuerpo	S / N



Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los de venta libre, vitaminas / suplementos, hierbas, otros:

LLENE LO SIGUIENTE LO MEJOR POSIBLE PARA QUE PODEMOS MEJOR ASISTIRLE

Describa su queja física primaria (es decir, dolor de rodilla):

Qué ¿Fue su lesión el resultado de (es decir, una lesión deportiva, levantar la caja en el trabajo)?

¿Hace cuánto se lastimó (es decir, hace una semana)? Indique una fecha específica si es posible: _____

¿Recibió algún tratamiento para su condición por parte de un fisioterapeuta? ¿este año? En caso afirmativo, proporcione lo siguiente: (SÍ/NO)

Proveedor de atención médica que fue atendido:

¿Cuántas visitas? _____

Cómo se enteró de FIX IT PHYSICAL THERAPY?

Proveedor de atención médica: _____

Amigo / Familia: _____

Otro (es decir, Facebook, Instagram) _____



Formulario de consentimiento de tratamiento del paciente

Reconozco que doy voluntariamente mi consentimiento para someterme a un tratamiento de fisioterapia, además, también soy consciente y reconozco que doy mi consentimiento para someterme a un tratamiento de fisioterapia También puede finalizar el tratamiento en cualquier momento.

Entiendo que tengo el derecho de abordar cualquier inquietud que pueda tener y mi derecho a hacer preguntas sobre mi terapia durante mi tratamiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoy recibí un examen de fisioterapia por:

(_____)

Nombre del fisioterapeuta

Y he sido informado de lo siguiente:

- Diagnóstico y / o problema que necesita tratamiento**
- Recomendación de tratamiento**
- Efectos secundarios y / o riesgos potenciales del tratamiento**
- Beneficios anticipados del tratamiento**
- Cualquier alternativa posible para el tratamiento recomendado**

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha



**** SOLO PACIENTES DE MEDICARE ****

CALIFICACIONES DE TERAPIA PARA AMBULATORIOS

Responda las siguientes preguntas para determinar si reúne los requisitos para servicios de terapia para pacientes ambulatorios.

Actualmente recibe asistencia en su hogar de alguien que no sea un miembro de la familia, incluido un auxiliar de enfermería, un representante de salud en el hogar o un terapeuta (SÍ / NO)

En los últimos 30 días estuvo asistido en su casa por cualquier persona que no sea un miembro de la familia que incluye Asistente de Enfermería, Representante de la Salud Inicio, o un terapeuta (SÍ / NO)

En caso afirmativo, marque la casilla para el que usted está recibiendo asistencia

- física, ocupacional, o terapia del habla,
- cuidado de heridas,
- inyección o medicación,
- cuidado IV,
- otro servicio _____

según las pautas de Medicare si SÍ fue seleccionado para cualquiera de las preguntas anteriores. NO PUEDE SER ELEGIBLE para recibir servicios de terapia ambulatoria. Para calificar para nuestros servicios, usted es responsable de su alta de todos los servicios de atención domiciliaria. TENGA EN CUENTA LOS CARGOS QUE PUEDEN OCURRIR AL NEGAR SU RECLAMACIÓN POR LA CUAL ES RESPONSABLE



RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

*****INCLUYENDO MEDICARE *****

Entiendo que mi contrato de seguro es entre mí, mi empleador (si corresponde) y la compañía de seguros. Entiendo que FIX IT PHYSICAL THERAPY no es parte del contrato. Entiendo que FIX IT PHYSICAL THERAPY debe verificar los beneficios y servicios bajo los cuales estoy cubierto y, para hacerlo, me comunicaré con mi compañía de seguros para su verificación. Certifico que estoy proporcionando información precisa sobre mi contrato de seguro y otra información importante necesaria que es crítica en la determinación de mi elegibilidad. Entiendo que la verificación de beneficios es una cortesía y reconozco que es mi responsabilidad comprender la cobertura y los requisitos de mi póliza de seguro

Entiendo que la facturación de los servicios prestados se enviará a mi compañía de seguros. Además, sé si se verifican los beneficios. responsable de cualquier responsabilidad financiera que pueda estar sujeta a cambios y la verificación no es una garantía de pago de mi compañía de seguros. Entiendo y reconozco que soy personalmente responsable y garantizo el pago personal por cualquier servicio prestado que mi compañía de seguros no cubra el pago y cualquier saldo que pueda pagarse en su totalidad

Entiendo que soy responsable de pagar los deducibles, copagos y copagos. -seguro Sé que los montos de los pagos solo pueden ser una estimación en el momento del servicio. Entiendo que soy responsable de todos los costos de cobrar el dinero adeudado (es decir, honorarios judiciales, honorarios de abogados y honorarios de agencias de cobro) si los pagos de los que soy responsable no se realiza de manera oportuna (**la ley estatal, la ley federal y los contratos de las compañías de seguros prohíben cualquier ajuste, cancelación, exención de copagos o coseguros y deducibles**)

Comprendo que solicito que mi compañía de seguros realice pagos directos a FIX IT PHYSICAL THERAPY por los servicios prestados. Si mi póliza no está de acuerdo con los pagos directos a FIX IT PHYSICAL THERAPY, le doy instrucciones y apruebo a mi compañía de seguros que realice un pago en **MI NOMBRE:** (_____) y envíelo a FIX IT PHYSICAL THERAPY ubicado en **8262 Griffin road Davie FL, 33328** También autorizo a FIX IT PHYSICAL THERAPY para depositar cheques a mi nombre. Estoy de acuerdo en que cualquier pago que me haya hecho mi compañía de seguros se pagará de inmediato a FIX IT PHYSICAL THERAPY. _____

(Iniciales aquí)

Entiendo que le estoy asignando a FIX IT PHYSICAL THERAPY todos los derechos, reclamos, beneficios y causas de acción para la protección de lesiones personales, y cualquier beneficio de pago médico según la política que me brinda cobertura para todos y cada uno de los tratamientos, servicios y reclamos médicos resultantes de un accidente automovilístico que ocurrió el ____ / ____ / _____. Esto es para actuar como una asignación de mis derechos y beneficios en la medida de los cesionarios provistos. En el caso de que no tenga cobertura de seguro, entiendo que sigo siendo personalmente responsable del pago de los servicios prestados, incluidos todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____



POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y POLÍTICA DE NO SHOW

Entendemos que habrá ocasiones en las que tenga que perder una cita debido a razones personales, emergencias y obligaciones. Sin embargo, al no llamar para cancelar su cita, es posible que esté evitando el tratamiento de otros pacientes que tienen mucha necesidad y que están tratando de programar una cita, pero no pueden hacerlo debido a un "libro completo" que nos gustaría pedirle que por favor ser consciente con los demás en su momento de necesidad y cancele su cita.

SI NO CANCELA SU CITA 24 HORAS ANTES O SE CONSIDERA "NO SHOW", SE LE COBRARÁ \$ 50.00 POR PAGAR EN SU CITA PRÓXIMA PROGRAMADA ANTES DE QUE CUALQUIER SERVICIO PODRÁ SER ENTREGADO. USTED ES PERSONALMENTE RESPONSABLE DE ESTA TARIFA DE CANCELACIÓN SU TRANSPORTISTA DE SEGURO NO ES FINANCIERO RESPONSABLE DE ESTA TARIFA.

POLÍTICA TARDÍA

Si un paciente ha pasado 15 minutos de la hora programada para la cita, debemos cancelar y reprogramar una nueva cita para el paciente, ya que tenemos que mantener a nuestros médicos y a otros pacientes a tiempo.

PACIENTES DE AUTO PAGO

Los pacientes que pagan por sí mismos DEBEN MANTENER SALDOS DE CUENTA EN CERO DÓLARES Y DEBEN PAGARSE A CERO (\$ 0.00) ANTES DE ARREGLARLA LA TERAPIA FÍSICA PUEDE PRESTAR CUALQUIER SERVICIO A ELLOS. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE LAS OPCIONES DE FACTURACIÓN O PLAN DE PAGO, PUEDE LLAMAR A NUESTRA OFICINA Y SOLICITAR HABLAR CON UN REPRESENTANTE DE LA OFICINA QUE REVISARÁ SU CUENTA.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____