

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

NOMBRE: PRIMERO MI ÚLTIMO

DIRECCIÓN: NÚMERO/CALLE APARTAMENTO CIUDAD POSTAL ESTADO CÓDIGO

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: GÉNERO: MASCULINO FEMENINO OTRO

SS#: ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO OTRO

NOMBRE DEL EMPLEADOR: OCUPACIÓN: # DE TRABAJO:

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: NÚMERO/CALLE: CÓDIGO POSTAL: CIUDAD: ESTADO:

CONTACTO PREFERIDO: CASA CELULAR/MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO

RECORDATORIOS DE CITAS: MENSAJE DE TEXTO LLAMADA DE VOZ NINGUNO

NÚMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA # NOMBRE/RELACIÓN:

¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS?

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

MÉDICO DE REFERENCIA:

DIRECCIÓN: NÚMERO/CALLE: CÓDIGO POSTAL: CIUDAD: ESTADO:

NÚMERO DE TELÉFONO: NÚMERO DE FAX:

MÉDICO PRIMARIO: TELÉFONO NÚMERO:

¿Has recibido tratamiento de fisioterapia o terapia ocupacional en los últimos 12 meses? SÍ NO

¿Has asistido a algún quiropráctico, terapia del habla o atención domiciliaria? SÍ NO

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

COMPañÍA DE SEGUROS MÉDICO PRIMARIA:

ID DEL MIEMBRO #:

GRUPO:

¿Es usted el titular de la póliza?

SÍ

NO

Si no, ¿quien es el titular de la póliza?

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR:

RELACIÓN AL PACIENTE:

COMPañÍA DE SEGUROS MÉDICO SECUNDARIA:

ID DE MIEMBRO #:

GRUPO ID:

¿Es este el seguro del paciente?

SÍ

NO

En caso negativo, ¿quién es el titular de la póliza?

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR:

RELACIÓN AL PACIENTE:

Si tiene un seguro médico terciario, notifique a nuestra oficina de inmediato

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES

Compensación por Accidentes de Auto (NF) o Compensación de Trabajadores (WC)

¿Esto es relacionado
con el trabajo?

SÍ

NO
¿Accidente de
automóvil?

SÍ

NO

FECHA DEL ACCIDENTE:

¿EN QUÉ ESTADO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

¿Cirugía?

SÍ

NO

FECHA DE LA CIRUGÍA:

INFORMACIÓN DEL
ABOGADO:

NOMBRE DEL ABOGADO:
ABOGADO:

NOMBRE DE OFICINA DE

DIRECCIÓN DEL
ABOGADO:

NÚMERO/CALLE:
CÓDIGO POSTAL:

CIUDAD:

ESTADO:

COMPañÍA DE SEGUROS NF/WC:

DE RECLAMACION:

POLÍZA #:

NOMBRE DEL AJUSTADOR

NÚMERO DE TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO DEL AJUSTADOR:

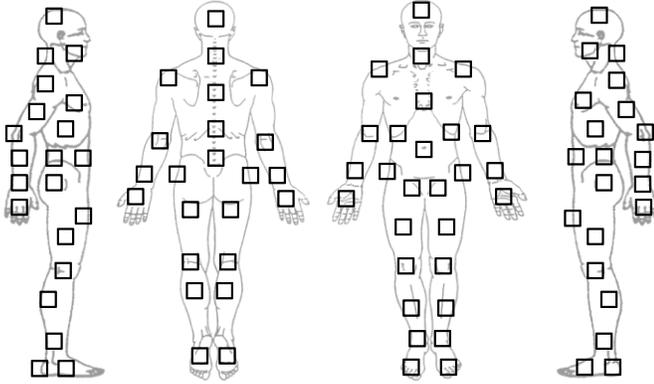
NÚMERO DE FAX:

¿Su reclamo está abierto? SÍ NO

¿Su ajustador sabe que está comenzando la terapia? SÍ NO

HISTORIAL MÉDICO

Indique dónde tiene dolor u otros síntomas



Ninguno → Insoportable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ALTURA: _____ PESO: _____

MEDICAMENTOS:

Haga una lista de todos los medicamentos recetados y no recetados que esta tomando actualmente. Incluya la dosis y la frecuencia.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Haga una lista de los procedimientos cirugías a los que se haya sometido y las fechas en que se realizaron.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:

Verifique cualquier prueba diagnóstica y/o tratamiento que haya completado para esta afección.

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> Tomografía |
| <input type="checkbox"/> Rayos X de | <input type="checkbox"/> computariz |
| <input type="checkbox"/> bloqueo nervioso | |
| <input type="checkbox"/> Análisis de sangre | <input type="checkbox"/> Doppler Estudios |
| <input type="checkbox"/> EMG | <input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones | <input type="checkbox"/> Urinálisis |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

-
- Cáncer de cardiopatía congénita
- Problemas cardíacos/enfermedad cardíaca Reemplazo/reparración de articulaciones Dolor articular, tendinoso o muscular Problemas gastrointestinales
- Osteoporosis
- Problemas de la piel Marcapasos
- Psicológico
- Presión arterial alta o baja Nivel alto o bajo de azúcar en la sangre
- Dolor/angina de pecho/palpitaciones
- Colesterol alto
- Dolor abdominal/hinchazón/enfisema gaseoso
- Dificultad para respirar
- Falta de equilibrio Caídas recientes Tos/sibilancias o esfuerzo Mareos/Vértigo/Desmayos/Desmayos Gota Dolores de cabeza intensos
- Artritis reumatoide
- Problemas de próstata
- Anemia
- Epilepsia/Trastornos convulsivos Úlceras
- Problemas de circulación/ Coágulos de sangre
- Depresión
- Enfermedad hepática
- Enfermedad renal
- Enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA Tuberculosis
- Enfermedad pulmonar
- Problemas de tiroides
- Alergias
- Asma/Bronquitis/Neumonía/Tos crónica Diabetes
- Golpe
- Dependencia química (alcoholismo) Alergia al látex
- Enfermedad de Lyme
- Hepatitis A, B, C
- Intestinos dolorosos/heces blandas/estreñimiento
- Esclerosis múltiple Depresión/ansiedad/ataques de pánico
-

Otro: _____

Por favor, proporcione detalles sobre las condiciones

comprobadas anteriormente:

INICIALES PT/OT: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

El enfoque de JAG Physical Therapy es su salud y bienestar general. A medida que continuamos esforzándonos por ayudarlo a cumplir con estos estándares, es importante para nosotros que comprenda los términos **"medicamente necesario"**, **"clínicamente apropiado"**, **"beneficio máximo alcanzado"** y **cómo esto se relaciona con su tratamiento**.

"Medicamente necesario" se define como tratamiento o servicios que son específicos para su diagnóstico. Cuando el tratamiento se considere médicamente necesario, su compañía de seguros reembolsará a JAG PT por los servicios prestados de acuerdo con la atención de fisioterapia que tenga una conexión directa con la función mejorada documentada según nuestro acuerdo contractual.

"Clínicamente apropiado" o **"Beneficio máximo"**: Las compañías de seguros pueden negar la atención a pesar de que el tratamiento continúe controlando, reduciendo o eliminando su dolor. Esto puede ser "clínicamente apropiado" para sus circunstancias, pero es posible que su compañía de seguros no lo considere "medicamente necesario". El beneficio máximo 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 una mejoría adicional. A esto se le llama el punto de máximo beneficio terapéutico (MTB). Se puede llegar a MTB cuando las quejas se resuelven por completo o cuando el dolor y/o la discapacidad persisten, incluso con el tratamiento en curso.

"Denegaciones/Apelaciones": Es responsabilidad del paciente iniciar una apelación con el proveedor de seguros cuando se niegan los servicios. JAG Physical Therapy proporcionará la información clínica necesaria si así lo solicita.

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

Entiendo que es mi responsabilidad confirmar mi cobertura con mi compañía de seguros y que JAG Physical Therapy puede verificar dicha cobertura como cortesía para mí. JAG PT no será responsable de la información inexacta o las denegaciones proporcionadas por su compañía de seguros después de que se hayan prestado los servicios.

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

1. JAG Physical Therapy ha discutido las limitaciones de la necesidad médica, la atención clínicamente apropiada y el número específico de consultorios
Visitas 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 por no ser 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 lo es médicamente necesario.
4. En última instancia, usted es responsable de todas las obligaciones de pago que surjan de su tratamiento o atención y garantiza el pago de estos servicios. Usted es responsable de los deducibles, copagos, montos de coseguro o cualquier otra responsabilidad del paciente indicado por su compañía de seguros.

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA:

FIRMA DEL PACIENTE:

CONSENTIMIENTOS Y DIVULGACIONES

(I) CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A FAMILIARES O AMIGOS

Por lo general, la discusión de los registros médicos o la información de facturación no se divulgará a nadie más que a usted por teléfono. Sin embargo, con su consentimiento, nuestro personal hablará con su pareja, familiar cercano u otra persona designada. Por favor, comprenda que está renunciando a su derecho a la confidencialidad si da este consentimiento.

_____ INICIAL AQUÍ PARA DAR EL CONSENTIMIENTO

Por la presente, doy mi consentimiento al personal de la oficina de JAG Physical Therapy para discutir mi condición médica o inquietudes de facturación con el
persona(s) que he designado a continuación.

NOMBRE:

RELACIÓN:

NOMBRE:

RELACIÓN:

NOMBRE:

RELACIÓN:

(II) CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A UN CONTESTADOR AUTOMÁTICO TELEFÓNICO

En un esfuerzo por proteger su confidencialidad, el historial médico y los detalles del recordatorio de citas (incluida la fecha y la hora) no se dejarán en su contestador automático, correo electrónico y / o se recibirán en un mensaje de texto; sin embargo, si prefiere que lo hagamos, podemos hacerlo con su consentimiento. Por favor, comprenda que está renunciando a su derecho de confidencialidad si da su permiso.

_____ INICIAL AQUÍ PARA DAR EL CONSENTIMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para que el personal de la oficina de Fisioterapia de JAG deje el historial médico o recordatorios de citas (incluida la fecha y la hora) en mi contestador automático, 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 Physical Therapy, LLC por todos los servicios de fisioterapia prestados. También entiendo y acepto que, independientemente de mi estado de seguro, soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado.

Doy mi consentimiento para ser evaluado y recibir tratamiento de JAG Physical Therapy, LLC de acuerdo con un plan de atención. Confirmando que he sido informado y he participado en la planificación de la atención y los procedimientos que llevará a cabo JAG Physical Therapy LLC y firmo este consentimiento de forma voluntaria y voluntaria.

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

Estoy al tanto de que mi hijo está recibiendo fisioterapia/terapia ocupacional en JAG Physical Therapy. No puedo asistir a sus visitas al consultorio. Por favor, acepte este formulario como mi consentimiento para tratar a

mi hijo. INICIALES DEL PADRE/TUTOR, SI CORRESPONDE:

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LOS CONSENTIMIENTOS Y DIVULGACIONES ANTERIORES.

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA:

FIRMA PATERNA PARA EL MENOR:

FECHA:

ATENCIÓN

POLÍTICA DE CANCELACIÓN / NO PRESENTACIÓN DE JAG PHYSICAL THERAPY

Como cortesía a otros pacientes, así como al personal de Fisioterapia de JAG, agradeceríamos una llamada de notificación para cancelar citas al menos 24 horas antes de su cita programada. Asegúrese de reprogramar su cita después de cancelarla. Si no se recibe/documenta una llamada, su visita se contará como **"NO SHOW"**.

En referencia a faltar o no presentarse 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 programación para no bloquear las citas para otros pacientes. Si hay algún malentendido o falta de comunicación con respecto a su cita programada, hable con nuestro gerente de oficina.

REFERENCIAS

VERIFIQUE SI SU COMPAÑÍA DE SEGUROS REQUIERE UNA REFERENCIA DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

LAS DERIVACIONES SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y DEBEN COMPLETARSE Y ENTREGARSE A JAG PHYSICAL THERAPY A TIEMPO PARA EVITAR CUALQUIER RECHAZO DEL SEGURO.

VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS

JAG Physical Therapy verifica los beneficios del paciente con su compañía de seguros como cortesía para el paciente. Los beneficios citados no son un Garantía de pago. El paciente es responsable en última instancia de cualquier servicio denegado prestado en JAG Physical Therapy.

ACCESO DIRECTO SOLO A PACIENTES

CON ACCESO DIRECTO, EL PACIENTE PUEDE SER TRATADO DURANTE 10 VISITAS O 30 DÍAS SIN DERIVACIÓN DE UN MÉDICO.

Estamos obligados a informar al paciente que es posible que el plan de salud o la aseguradora del paciente no cubran el tratamiento sin derivación. Además, informamos al paciente que los servicios podrían estar cubiertos por su plan de salud o aseguradora con una referencia. Verificaremos los beneficios de salud en el momento de la visita e informaremos al paciente de sus beneficios de fisioterapia. Los beneficios no son una garantía de pago.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, UN PADRE O TUTOR DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO.

Yo _____ He leído lo anterior y entiendo que se me pueden facturar los servicios si mi plan de salud o aseguradora me los niegan.

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA:

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES Y PACIENTES SIN CULPA SOLAMENTE - NOTIFICACIÓN DE ACUERDO

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

Los pacientes son responsables de informar a la oficina principal de su Examen Médico Independiente (IME, por sus siglas en inglés) programado con su compañía de seguros. Estos exámenes determinan si podrá continuar el tratamiento bajo los beneficios de su caso. Usted, el paciente, junto con su médico, recibirá una carta de determinación de 7 a 10 días después del examen. El paciente es responsable de proporcionar a JAG Physical Therapy una copia de la determinación.

El tratamiento realizado mientras se esperan los resultados del examen puede ser denegado si la determinación se devuelve con un resultado negativo. En este caso, la responsabilidad financiera pasa a ser del paciente, si elige recibir tratamiento en la fecha programada de IME o en los días siguientes antes de recibir una determinación.

Si tiene alguna pregunta relacionada con sus responsabilidades como paciente de Compensación para Trabajadores o Sin Culpa, no dude en ponerse en contacto con él.
hable con el gerente de la oficina de su centro de tratamiento.

Yo _____ el paciente entiende que al firmar este formulario acepto la responsabilidad de notificación y programación de citas en función de los requisitos de mi caso.

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA:

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

JAG Physical Therapy se esfuerza por garantizar que cada paciente reciba la más alta calidad de atención de acuerdo con altos estándares profesionales que se mantienen y revisan continuamente. Entendemos que los pacientes nos han confiado su atención y tratamos a todos los pacientes con dignidad, respeto y solo brindamos los servicios adecuados según sea necesario. Al requerir el consentimiento informado para el tratamiento, nos aseguramos de que cada paciente y/o su representante participe en los aspectos de un plan de tratamiento. Los pacientes y sus representantes tienen en cuenta su privacidad con respecto a su propio programa de atención médica. La discusión, la consulta, el examen y el tratamiento del caso se consideran confidenciales y deben llevarse a cabo con discreción. El paciente tiene derecho a recibir información completa y sencilla sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, incluida la información sobre tratamientos alternativos y posibles complicaciones. Nos esforzaremos por involucrar a los pacientes en su programa de tratamiento incorporando sus sentimientos, intereses, actitudes y objetivos en el proceso de planificación e implementación del tratamiento. Un paciente tiene derecho a los servicios de fisioterapia sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, preferencia sexual u origen nacional.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LA DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL
PACIENTE ANTERIOR.**

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA:

FIRMA PATERNA PARA EL MENOR:

FECHA: