

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Imprima por favor)

Nombre del Paciente : _____ Fecha De Nacimiento: _____

SSN: _____ Género (Circule Uno): F / M / U Estado Civil (Circule Uno) : S / C / D / V

Dirección postal: _____ APT#: _____

Correo Electrónico (Confirmar Citas/Boletín): _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular : _____

Nombre/Relación de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Está empleado actualmente? (Círculo Uno) Si / No / Estudiante / Jubilado

Si es así, Ocupación: _____ Teléfono De Empleo: _____

Dirección del empleador: _____

Forma de contacto para confirmar citas: (Circule Uno) Texto / Llamada / Correo Electrónico

¿A quién podemos agradecer por su recomendación?

Dr. _____ Atención Domiciliaria _____ Medios Sociales _____ Otro _____

(Completar sólo si el paciente es un menor de edad/información de guardianes)

Nombre completo: _____ Fecha De Nacimiento: _____

SSN: _____ Género (Circule Uno) : F / M / U Estado Civil (Circule Uno) : S / C / D / V

Dirección postal: _____ APT#: _____

Correo Electrónico (Confirmar Citas/Boletín): _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular : _____

Relación del asegurado con el paciente: _____

Salud en el hogar: ¿Está recibiendo atención médica en el hogar por alguna razón? Sí / No

Esto incluiría a cualquier persona que vaya a su casa para bañarlo o proporcionar cambios de vendaje, signos vitales, niveles de sangre y enfermería especializada.

En caso afirmativo. Proporcione el nombre de la agencia, las fechas del tratamiento y firme un **Formulario de Liberación Médica:**

Nombre de la Agencia: _____ Fechas de Tratamiento: _____

Llamadas de recordatorio/ texto / correos electrónicos

Permito que mi número de teléfono y correo electrónico se utilice para recordatorios de citas, también permito que mi correo electrónico sea utilizado por nosotros para el Boletín de Spectrum Therapy Consultants, que proporciona valiosos consejos musculoesqueléticos para lesiones y condiciones, soy consciente de que puedo cancelar la suscripción en cualquier momento.

Consentimiento para el cuidado y el tratamiento

Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que Spectrum Therapy Consultants proporcione atención médica y tratamiento a los pacientes que se considere médicamente necesaria en el tratamiento de su condición física en la oficina o TELEHEALTH.

Divulgación de información

Por la presente autorizo la divulgación de toda la información necesaria, incluyendo los registros médicos.

Asignación de Beneficios/ Declaración de Política Financiera

Por la presente autorizo y solicito que el pago de beneficios por parte de mi compañía de seguros primarios, y mi seguro secundario (si existe) se haga directamente a Spectrum Therapy Consultants por los servicios que me proporcionan a mí o a mi dependiente. Entiendo que mi compañía de seguros sólo puede cubrir una parte de la factura total. Además, entiendo que puedo ser responsable de todos los cargos no cubiertos por esta asignación. He hecho arreglos de pagos para cualquier copago, coseguro y/o deducible del que pueda ser responsable. Como cortesía, Spectrum Therapy Consultants verificarán los beneficios y proporcionarán a los pacientes una estimación por visita a través del programa de tarifas permitido por Medicare como la mayoría de los seguros que siguen el programa de tarifas de Medicare. En caso de que el seguro realice un pago directo al paciente; Entiendo que soy responsable de pagar a Spectrum Therapy Consultants. También entiendo que habrá una tarifa de \$30 por cualquier cheque devuelto pagadero a Spectrum Therapy Consultants. Se alienta a los pacientes a ponerse en contacto con su compañía de seguros para verificar su información de beneficios.

He leído y entendido completamente la información anterior y mis beneficios de seguro.

Paciente/Guardián/Parte Responsable

Fecha

Póliza de Cancelación

En caso de que necesite cancelar una cita, solicitamos al menos un aviso de **24 horas hábiles**. Su hora de cita es muy importante para nosotros. El aviso de cancelación es imperativo, ya que es posible que no podamos programar a otro paciente que pueda necesitar ese intervalo de tiempo. **Si no obtenemos al menos 24 horas de anticipación de su cancelación por adelantado, se le cobrará una tarifa de cancelación de veinticinco (\$25.00) que no está cubierta por su compañía de seguros.**

La cancelación tardía repetida o la falta de atención son perjudiciales para la prestación de atención y pueden indicar la falta de compromiso con su salud y bienestar. Como resultado, **3 cancelaciones o no presentarse a sus citas**, resultará en la interrupción de la terapia física. En caso de que usted sea dado de alta de nuestro cuidado, su proveedor de referencia o administrador de casos será notificado de la razón para el alta de la terapia física.

Llegar a tiempo para su cita también es importante para recibir la mejor atención posible. Las llegadas tardías crónicas interrumpen el éxito de su plan de atención individual. Llegar más de **15 minutos tarde para 3 o más visitas** puede resultar en la interrupción de la terapia física. En el caso, su proveedor de referencia o administrador de casos será notificado del motivo del alta de la terapia física.

Entiendo la política de cancelación de citas de Spectrum Therapy Consultants y entiendo mi responsabilidad de planificar citas en consecuencia y notificar a Spectrum Therapy Consultants apropiadamente si tengo dificultades para cumplir con mis citas programadas.

Paciente/Guardián/Parte Responsable

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de modificar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. A petición, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita a la oficina. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información sanitaria protegida que mantengamos.

**Por favor, avise si desea una copia completa del aviso de práctica de privacidad.

Nombre De Paciente

Fecha

Paciente/Guardián/Parte Responsable

Relacion con el Paciente