



Paciente Formulario de Inscripción:

Nombre Primero _____ Apellido _____
Dirección _____ Apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Teléfono (Casa:) _____ (Celular:) _____
Correo Electrónico _____

Seguridad Social: _____ Cumpleaños _____ Edad _____
Solo _____ Casado _____ Divorciado _____ Empleado _____ Estudiante _____

Empresario _____ Ocupación _____
Dirección del Empleador _____
Número de Teléfono _____

En caso de una emergencia, a quien podemos contactar?

Nombre _____ Dirección _____
Número de Teléfono _____ Relación con el Paciente _____

Refiriéndose Nombre del médico _____ número de teléfono _____
Médico de Atención Primaria _____ número de teléfono _____

Son las lesiones por: Accidentes de Automóvil _____ Trabajo _____ Otro _____
Fecha de la lesión _____ Fecha de la cirugía _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Has estado aquí antes ____ Médico ____ Seguro ____
Amigo / familiar ____ Guía telefónica ____ Internet ____ Otro _____

Acuse de Recibo del Paciente de HIPAA Aviso

Reconozco que he recibido o se les ha ofrecido una copia del Aviso de rendimiento de Rehabilitación PT OT PLLC de prácticas de privacidad, a partir del 14 de abril 2003. Reconozco mi derecho y se les ha ofrecido la opción de solicitar para recibir comunicaciones de mi información personal de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Entiendo que el rendimiento de Rehabilitación PT OT PLLC puede negarse a acomodar mi petición si no es razonable.

* Un Aviso de normas de confidencialidad para mejorar el rendimiento de Rehabilitación PT OT PLLC también está disponible en el mostrador de facturación.

Firma del paciente o representante

Fecha

For Staff Only

If acknowledgment of receipt of the Notice of Privacy Practices is not obtained from the patient or the patient's representative, please explain your efforts to obtain their acknowledgment and the reason you could not obtain it:

PID#: _____ Date of Registration: _____ Treating PT: _____

FOA: _____ AUTH: _____ BOA: _____

Rehabilitación de rendimiento de Forma de Pago y Operaciones Medicas

Divulgación de información: El abajo firmante autoriza a esta oficina médica para divulgar toda o una parte del expediente médico del paciente o la información médica a cualquier persona o empresa que sea o pueda ser responsable de la totalidad o parte de los gastos de este consultorio médico o tener la responsabilidad de examinar tales cargos, incluyendo pero no limitado a este consultorio médico o médica organizaciones de servicios, organizaciones de mantenimiento de la salud, compañías de seguros, reclamos de compensación al trabajador, los fondos de bienestar, o por pares organizaciones revisión. El abajo firmante se compromete a la copia de todas las historias clínicas (s) que es / son para ser enviados a un centro receptor en el caso de que el firmante debe ser transferido a otro proveedor / establecimiento. El abajo firmante reconoce y consiente que la información expedientes médicos, resultados de pruebas e informes, y la facturación se puede enviar electrónicamente o vía fax a otro centro médico o consultorio médico involucrado en el cuidado del paciente o responsable de cualquier parte de los gastos del paciente.

Consultas/Pago, asignación de beneficios, y Liberación de Informacion de Medicare / Pacientes de Medicaid: Las solicitudes de pago de los firmantes autorizados los beneficios de Medicare, en su caso, por los servicios suministrados a la paciente por Desempeño de Rehabilitación PT OT PLLC, cede esos beneficios de otro modo pagadero directamente al paciente, al desempeño de Rehabilitación PT OT PLLC, o el terapeuta (s) suministro de dichos servicios. El abajo firmante autoriza rendimiento Rehabilitación PT OT PLLC o el terapeuta como para presentar una solicitud de dichos servicios a Medicare. El abajo firmante autoriza cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre el paciente a comunicar a Medicare, o su agente, procesador de reclamaciones o la utilización de los encuestados, toda la información necesaria para determinar estos beneficios o prestaciones de servicios conexos.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS INDIVIDUALES: En caso de que el firmante tiene derecho a las prestaciones médicas de cualquier tipo, que resulten de cualquier póliza de seguro asegurando paciente o cualquier otra parte responsable con el paciente, el abajo firmante autoriza rendimiento Rehabilitación PT OT PLLC o terapeuta (s) que presente una reclamación por tales servicios y beneficios se ceden a esta consulta para su aplicación en la factura del paciente. Se ha acordado que el rendimiento de Rehabilitación PT OT PLLC puede recibir ningún pago y ese pago de descarga de la empresa que pagan un seguro de cualquiera y todas las obligaciones en virtud de la política en la medida de dicho pago. El abajo firmante y / o el paciente es responsable de los cargos no cubiertos por el seguro. El que suscribe certifica que la información del paciente por o en nombre de la paciente en la aplicación para el pago de todos los terceros pagadores es correcta.

ACUERDO FINANCIERO: El abajo firmante entiende y acepta que el paciente y el garante es responsable económicamente de rendimiento de Rehabilitación PT OT PLLC de los cargos por los servicios médicos necesarios o servicios solicitados por o en nombre del paciente, si tales servicios no están cubiertos por el plan de seguro médico del paciente o Medicare. El que suscribe certifica que él / ella ha leído lo anterior y es el paciente o del garante de este proyecto de ley, o está debidamente autorizado como agente general de la paciente para ejecutar lo anterior y la aceptación de sus términos. El suscrito reconoce que la información del seguro

1. **Los co-pagos y deducibles.** Todos los co-pagos y deducibles deberá ser abonado en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El incumplimiento de nuestra parte para recoger los co-pagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Por favor ayúdenos a hacer cumplir la ley mediante el pago de su co-pago en cada visita. La determinación final de la cantidad de su co-seguro es requerido al ejercitarse la reclamación es pagada. Con base en la información actual:

2. **Los servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos artículos o servicios pueden ser cubiertos o no considerados no razonables o necesarios por Medicare o de otras entidades aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita. Si va a ocurrir esto, se le tenga pleno conocimiento de estos servicios antes de su recepción para que pueda determinar si desea recibir ese servicio.

3. **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información para el paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su seguro válido actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos dan la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable por el saldo de un crédito.

4. **Reclamaciones presentación.** Vamos a someter sus reclamos y le ayudará en todo lo que razonablemente puede para ayudar a sus reclamos pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad si su compañía de seguros le paga a su reclamación. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, no somos parte en ese contrato.

5. **Cobertura de los cambios.** Si cambia su seguro, por favor notifique a nosotros antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su crédito en 45 días, el saldo será cargada automáticamente a usted.

6. **Falta de pago.** Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento, usted recibirá una carta indicando que usted tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que se negoció. Tenga en cuenta que si un equilibrio sigue pendiente de pago, se puede referir a su cuenta a una agencia de cobros. Tenga en cuenta que deben ser remitidos a su cuenta a una agencia de colección, el porcentaje aplicado por la agencia de cobro a nuestra práctica se añadirá a la cantidad total de su factura.

Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de negar el tratamiento si su RESPONSABILITY FINANCIERA no se recoge EL DÍA DE SU CITA

Su co-seguro / Co-pago debe realizarse en cada visita responsabilidad: _____

_____ (Firma del paciente o la persona responsable) _____ (fecha)



Cuestionario de Historial de Salud

Fecha de Evaluación: _____

Información general:

Nombre: _____

La Historia Clínica

Por favor marque con una X en las casillas que se aplican a usted si un problema actual o en el pasado

- pulso cardiaco irregular angina marcapasos cirugía del corazón
- ataque del corazón problema en las válvulas del corazón La presión arterial alta el colesterol alto
- asma enfisema la bronquitis crónica ebre de heno
- artritis huesos rotos, ¿dónde? _____
- osteoporosis enfermedades musculares o nerviosas, especifique _____
- trastornos de la coagulación trastorno del riñón convulsiones Cáncer
- diabetes, tome la insulina? _____ ¿Con qué frecuencia usted comprueba su nivel de glucosa? _____
- trastornos gastrointestinales, especifique _____
- Otro problema / cirugía _____

¿Alguna vez se vuelven débiles o malos cuando son expuestos a altas temperaturas? si no

¿Alguien en su familia ha tenido un ataque al corazón? si no

¿Fuma vd? si no Paquetes por día _____

¿Ha recibido terapia física? si no ¿Con qué propósito? _____

Los medicamentos: _____

Firma _____ Fecha: _____

Therapist Signature _____ Date: _____



Tratamiento y Política de Cancelación

Su médico le ha recetado la terapia física para usted. Al igual que un farmacéutico dispensa un certificado tratamiento farmacológico, terapia física debe ser impartida por una terapeuta física con licencia (PT). Además, para la plena eficacia de su tratamiento a realizar, su plan de tratamiento deben ser respetados plenamente.

La fisioterapia tiene como objetivo restaurar la mecánica normal y el funcionamiento de su parte del cuerpo lesionada. Esta restauración se realiza utilizando una variedad de tratamientos, y por tanto requiere una asistencia constante 2-3 veces por semana. Si bien nos damos cuenta de que las cancelaciones hacer y debe ocurrir de vez en cuando, respetuosamente solicitamos que nos dan 24 horas de antelación de cualquier cancelación. Si usted está teniendo problemas de programación o cualquier otro problema con su tratamiento, por favor háganoslo saber de inmediato para que podamos encontrar la mejor solución posible acerca de su situación.

Creemos que las cancelaciones repetir conducir a una recuperación incompleta. Además, no es justo con nosotros o con otros pacientes que podrían haber querido estar presente durante la hora programada. Los pacientes que no se presentaron a las citas programadas dos veces sin poner manifestaran su interés en mantener su programa de tratamiento puede ser dado de alta del tratamiento, además de ser evaluados otro modo, / no te presentas tasas .. Si cancela más de dos veces en un período de dos a tres semanas, podemos darle de alta de su tratamiento. Esto podría requerir que usted obtenga una nueva receta de su médico y una nueva autorización de su compañía de seguros

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

El que suscribe la presente autorizo a la rehabilitación de rendimiento PT OT PLLC prestación de servicios profesionales a mí / mi hijo / mi pupilo legal. Yo entiendo que como un paciente, estoy bajo el cuidado y el control de mi médico (s) y que los resultados de Rehabilitación PT OT PLLC no se hace responsable de cualquier acto u omisión en la prestación de tratamiento de acuerdo con las instrucciones de mi médico. Reconozco que hay garantía o la garantía ha sido, ni puede hacerse por Desempeño de Rehabilitación PT OT PLLC en cuanto al resultado del tratamiento prescrito.

Hay una tarifa de 25,00 dólares no-show/late-cancellation.

Todas las citas deben ser canceladas el día antes de su cita (o al final del día laboral el viernes para una cita de lunes), para evitar cargos por un no-show o cancelación tardía. Después de hora con respecto a las cancelaciones mensajes tal vez a la izquierda en

**(914) 776-7310 (oficina de Yonkers) o 718-652-3432 (Oficina del Bronx).
El seguro no cubrirá los gastos de honorarios no-show/late-cancellation.**

Nos damos cuenta de que usted tiene una elección de a dónde ir para la terapia, y nos complace que nos eligió. Estaremos comprometidos con usted y con el tratamiento de su lesión. Queremos ver que regrese al estado normal de salud lo antes posible, lo que puede ser difícil si los problemas de la cancelación o el fracaso-show a producirse.

Gracias.

Por favor firme abajo para indicar que entiende nuestra política:

_____ **Fecha:** _____

Su terapeuta de la firma que indica esto se ha discutido con usted:

_____ **Fecha:** _____