



* Por favor dénos su correo electrónico para eventos especiales y para recibir nuestro boletín de noticias

Patient Registration Form:

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

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

En caso de una emergencia, a quien podemos contactar?

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

Información del médico

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

De Trabajo Comp / No Fault Info

Accidentes de Automóvil Trabajo Otro _____ Fecha de la lesión _____ Fecha de la cirugía _____
Empresario _____ Ocupación _____
Dirección del Empleador _____ Número de Teléfono _____

How did you hear about us?

Has estado aquí antes Médico Seguro Amigo / familiar Internet Guía telefónica
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: _____ FOA: _____ AUTH: _____ BOA: _____



Cuestionario de Historial de Salud

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, coloque 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
- Cáncer Trastornos de la coagulación trastorno del riñón convulsiones
- Arthritis Huesos rotos, donde? _____
- Osteoporosis Enfermedades musculares o neurológicas, especifícan _____
- Diabetes
- ¿ Tome la insulina?..... Si No ¿ 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

Nadie en su familia ha tenido un ataque al corazón?.... Si No

Fuma usted?..... Si No Cajas por día? _____

Se ha caído en el último año?..... Si No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

Recibió atención médica cuando te caíste?..... Si No No aplica

¿Alguna vez ha recibido terapia física?..... Si No ¿Con qué propósito? _____

Medicamentos: _____

Firma del Paciente _____ Date: _____

Therapist Signature _____ Date: _____



Treatment & Cancellation Policy

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 físico 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

CONSENT FOR TREATMENT:

The undersigned hereby authorize Performance Rehabilitation PT OT PLLC to provide professional services to me/my child/my legal ward. I understand as a patient, I am under the care and control of my physician(s) and that Performance Rehabilitation PT OT PLLC is not liable for any act or omission when providing treatment in accordance with my physician's instructions. I acknowledge that no guarantee or assurance has been, nor can be made by Performance Rehabilitation PT OT PLLC as to the result of the prescribed treatment.

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.

Garcias.

Por favor firme abajo indicando que entiende nuestra política:

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

La firma de su terapeuta indicando esto se ha discutido con usted:

Firma del Terapeuta: _____ **Fecha:** _____



Recordatorios de citas:

Podemos recordar a usted, ya sea a través de correo electrónico o mensaje de texto.
Por favor, elija el servicio que serviría mejor.

Por favor proporcione su información de contacto

Nombre

Teléfono Celular

Sí quiero mensajes de texto

Teléfono de su Casa

Recordatorios automáticos de llamada telefónica

Email

Sí quiero mensajes de email

Estoy de acuerdo en permitir que Performance Rehabilitation utilizar esta información en la prestación de mis servicios.

Firma

Fecha
