

Información del Paciente

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____ #SS ____ - ____ - ____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____

¿Le gustaría recibir un correo electrónico de confirmación de sus citas? SI NO

Nombre de Contacto de Emergencia _____

Teléfono del Contacto _____ Relación al Paciente _____

Tomador del Seguro (si no es usted)

Relación al paciente: Esposo/a Padre Otro

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ #SS ____ - ____ - ____

Seguro Medico Primario

Compañía del Seguro _____

Número de la Póliza _____

ID # / Claim # _____

Seguro Medico Secundario

Compañía del Seguro _____

Número de la Póliza _____

ID # / Claim # _____

Información sobre su Condición/Lesion

Condición/Lesion _____

¿Ha tenido cirugía? SI NO

Si usted ha tenido cirugía, por favor, indique la fecha ____/____/____

Médico Referente _____

Teléfono del Médico _____

¿Ha tenido terapia física **para esta condición** este año? SI NO

¿En caso afirmativo, cuándo y por cuánto tiempo? _____

¿Ha tenido terapia física este año? SI NO

¿En caso afirmativo, cuándo? _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Pacientes de Medicare

¿Ha tenido terapia física este año? SI NO

¿En caso afirmativo, cuándo? _____

¿Ha tenido cuidado en el hogar este año? SI NO

¿En caso afirmativo, cuándo fue su última visita? _____

¿Está recibiendo cuidado en el hogar ahora? SI NO

Estudiantes Atletas

¿En que deporte(s) participas? _____

¿Se lesionó en la escuela o en una liga? _____

¿Completaron la documentación en la escuela o la liga? SI NO

¿Está tomando algún medicamento con receta o sin receta? SI NO

Anti-Inflamatorios	NO	SI	_____
Relajantes	NO	SI	_____
Para el dolor	NO	SI	_____
Otros	NO	SI	_____

¿Ha tenido alguno de los siguientes servicios médicos o de rehabilitación para esta lesión? (Circule todo lo que aplique):

Quiropráctico	Terapia Ocupacional	Tomografía (CT Scan) MRI	
Médico General	Terapia Física	EMG/NCV	Mielograma
Terapia de Masaje	Podólogo	Atención de Emergencia	Rayos-X
Neurólogo		Inyecciones	

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Circule todo lo que aplique):

Alergias	Gota	Problemas de Tiroides
Anemia	Ataque o cirugía del Corazón	Varices
Artritis/Inflamación	Hernia	Dificultades de Visión/Audición
Asma/Bronquitis/Enfisema	Presión Arterial Alta	Debilidad
Coágulos de Sangre	Enfermedades Infecciosas	Pérdida de Peso o Energía
Problemas del Intestino/Vejiga	Reemplazo de Articulación	Lesión o Cirugía en el Tobillo
Cáncer/Quimioterapia/Radiación	Entumecimiento u Hormigueo	Lesión o Cirugía en la Espalda
Enfermedad Coronaria o Angina	Osteoporosis	Lesión/Cirugía de Codo/Mano
Diabetes	Marcapasos	Lesión/Cirugía de Rodilla
Mareos o Desmayos	Dolores de Cabeza Graves	Tornillos o Implantes de Metal
Problemas Psicológicos	Falta de Aliento	Embarazo
Epilepsia/Convulsiones	Accidente Cerebrovascular	

¿Usted fuma? SI NO

¿Toma bebidas alcohólicas? SI NO

¿Es alérgico al latex? SI NO

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO/ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo, el abajo firmante, un paciente de ProMet Physical Therapy, PC (en este caso-el denominado ProMet PT), por la presente autorizo ProMet PT para administrar el tratamiento según sea necesario. Entiendo que las pólizas de salud y seguro de

accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguro y yo. Por otra parte, entiendo que, como muestra de cortesía, ProMet PT preparará las formas de seguro y mandará factura a mi compañía de seguros directamente. Por la presente solicito la asignación de pago de todos los beneficios del seguro a ProMet Physical Therapy, PC. Yo soy el responsable último del pago de todos los servicios prestados, a menos que se disponga lo contrario por la ley.

DEDUCTIBLES/CO-PAGOS

Deductibles y co-pagos como sean determinados por mi plan de seguro médico deben ser pagados al momento del servicio sin excepciones. Cantidades de coseguro serán facturados en el momento de la recepción del pago de mi compañía de seguros. El pago es debido en el plazo de 30 días de la fecha de la factura. Yo, el paciente, debo mantener todos los pagos corrientes. Pago es aceptado en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Una cuota de \$25 sera aplicada a cualquier cheque sin fondos.

Cantidad de Co-Pago \$ _____ cada visita **Iniciales** _____

Cantidad de Deductible \$ _____ primera visita **Iniciales** _____
despues \$ _____ cada visita por ____ visitas

Cantidad de Coseguro _____ % de la cantidad permisible **Iniciales** _____
debido cuando reciba el EOB

CANCELACIONES/AUCENCIA

Entiendo que las cancelaciones deben hacerse dentro de 24 horas desde el momento de mi cita, a menos que las circunstancias atenuantes que me impide hacerlo. Entiendo que uno cuota de \$25 aplicara a cualquier cancelación de menos de 24 horas o ausencia. Estoy de acuerdo en ser cortés con la política de la oficina.

Iniciales del paciente _____

Al firmar abajo, estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores. Además, confirmo que he recibido una copia de la Póliza de Privacidad de ProMet Physical Therapy, PC.

Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal

Fecha

Nombre del Paciente/Padre o Tutor Legal

Póliza de Privacidad de ProMet Physical Therapy, P.C.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMATIOIN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

El Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y dentales y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral, se mantienen adecuadamente confidencial. Esta ley le da, el paciente, importantes nuevos derechos para comprender y controlar cómo su información de salud sea utilizada. HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que el uso indebido Información de Salud Protegida (PHI).

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y el control de su información médica protegida. "La información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que pueden identificar y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futuro y los servicios médicos relacionados.

Usos y Revelaciones de Información de Salud Protegida

Su Información Médica Protegida puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar la operación de la práctica, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Vamos a utilizar y divulgar su información médica protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de salud con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el profesional de la salud la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de salud. Por ejemplo, obtener la aprobación para un ingreso de hospital puede requerir que su información médica confidencial pertinente sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información protegida de salud a fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, las actividades de evaluación de la calidad, las actividades del empleado, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información protegida de salud para apoyar las actividades de negocio de esta práctica. Además, podemos usar un signo en la hoja en la mesa de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para ponerte en contacto con usted para recordarle de su cita. Podemos llamar a su casa y dejar un mensaje (ya sea en un contestador automático o con la persona que contesta el teléfono) para recordarle una cita próxima, la necesidad de programar una nueva cita o llamar a nuestra oficina. También puede enviar un recordatorio de su tarjeta a su domicilio. Si usted prefiere que nos llame o ponerte en contacto con usted en otro número de teléfono o la ubicación, por favor, háganoslo saber.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública asuntos requeridos por la ley, Enfermedades

Transmisibles: Vigilancia de la Salud: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administración Droga: Legal Procede:

**Aplicación de la ley: Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: Investigación: Acción criminal
Actividad: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Trabajadores 'Compensación: Presos: Usos y Divulgaciones
Requeridas: Bajo la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de
Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la HIPAA.**

Otros Usos y Divulgaciones Se Harán Sólo Con Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Oponerse a menos que sea requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción basada en el uso o la revelación indicados en la autorización.

Sus Derechos

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de salud.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia, información compilada en la anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, penal o administrativa, e información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información protegida de salud.

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su información médica. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede pedir que una parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en la atención que usted o para propósitos de notificación descritos en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica y al que desea que la restricción aplique.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted solicite. Si su médico considera que está en su mejor interés de permitir el uso y la divulgación de su información protegida de salud, su información protegida de salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho a utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este Aviso de nosotros, previa solicitud, aunque se han acordado aceptar este aviso alternativa (es decir, por vía electrónica).

Usted puede tener derecho a que su médico enmiende su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de cualquier refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, en su caso, de su información protegida de salud.

Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este Aviso y le informará de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en este aviso.

Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro oficial de privacidad de su queja a nuestro número de teléfono de la oficina y la principal.

por presentar una queja.

Nosotros no tomaremos represalias contra usted

Este aviso fue publicado y entra en vigencia en / o antes de 11/05/2007.

ProMet Physical Therapy, PC
71-19 80th Street, Ste 8210
Glendale, NY 11385

ProMet Physical Therapy, PC
123-08 Metropolitan Avenue
Kew Gardens, NY 11415