



Cancelacion / No-Shows / Citas Tardes

Terapia Fisica Poliza de Citas:

Nuestra oficina/personal de Terapia Fisica esta cometida a respetar su valioso tiempo. Nuestra meta es verlo a la hora que tiene su cita, cada ves. Para nosotros poder cumplir esto y para proveerle la mejor atencion, le pedimos su colaboracion con las siguientes polizas:

Llegada a Tiempo:

Por favor llegue a la hora de o antes de su cita programada.

Llegada Tardia:

Si llega tarde a su cita programada, nos reservamos el derecho de re-programar su cita. Llegada tardia causara retraso en ver los pacientes que llegan a tiempo, si viene tarde o no puede llegar a su cita re-programada.

Cancelacion/Re-programar Citas

Solicitamos que nuestros pacientes tengan la gentileza de comunicarnos cualquier cancelacion/cambio con 24 horas de anticipacion. Por favor contacte nuestra oficina si necesita cancelar para que podamos poner a otro paciente en el espacio. Nuestra clinica es extremadamente ocupada entonces "No Shows" nos afecta considerablemente. Necesitamos todo el tiempo disponible para accomodar a todos nuestros pacientes y darles atencion/cuidado personal.

Celulares

Si necesita tener su celular por alguna emergencia, por favor pongalo en vibracion y mantenga las llamadas al minimo. Tanto su tiempo como el tiempo de el Terapeuta son importantes. Por favor abstenerse de textear mientras en tratamiento. Gracias de antemano. Nos esforzamos por proporcionar la mas alta atencion medica y haremos lo mejor para acomodarlo.

Entendemos que pasan cosas. Sin embargo, debemos aplicar estas reglas para que todos nuestros pacientes reciban la calidad de atención que merecen. Gracias de antemano por su atención. Nos esforzamos por brindar el más alto grado de atención médica y haremos todo lo posible para complacerlo.

Firma de Paciente

Fecha



ComeBack

Physical Therapy, Inc.

Historial del Paciente

Como empezo el dolor?

- Repentinamente
- Gradualmente
- Levantamiento
- Sin razon aparente
- Traccion/Halando
- Herido en el trabajo
- Agacharse/Doblar
- Otro

Que actividades empeoran el dolor?

- Ejercicio (durante)
- Ejercicio (despues)
- Sentado/a
- Caminando
- Agacharse hacia adelante
- Agacharse hacia atras
- Tos
- Estornudo

Que reduce el dolor?

- Acostado/a
- Sentado/a
- De pie
- Caminando
- Anti-inflamatorio
- Pastillas para dolor
- Inyeccion para dolor
- Relajantes Muscular
- Nada
- Otro

Cuanto tiempo tiene este dolor?

_____ Años _____ Meses _____ Semanas

Cuanto tiempo tiene dolor similar?

_____ Años _____ Meses _____ Semanas

Ha tenido alguna de estas pruebas diagnosticadas?

- Rayos X Si No Fecha _____
- Escaneo CT Si No Fecha _____
- EMG/NCV Si No Fecha _____
- MRI Si No Fecha _____
- Articulos Si No Fecha _____
- Inyecciones Si No Fecha _____

Ha sido hospitalizado por su problema?

Si No Fecha: _____

Ha tenido una cirugia para su problema?

Si No Fecha: _____

Le han realizado alguna otra cirugia?

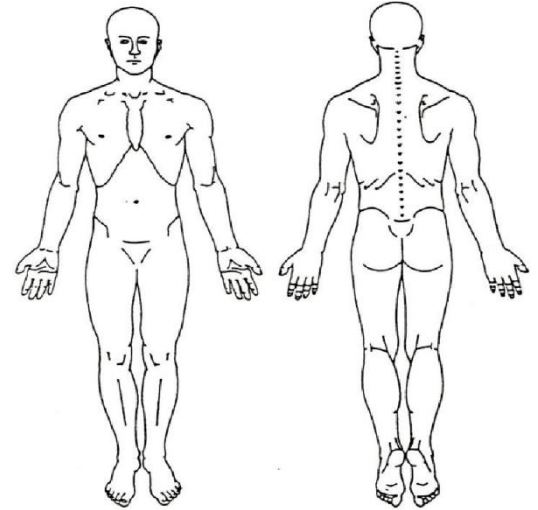
Si No Fecha: _____

Dolor/Sintomas

En el diagrama a la derecha, indique su region de dolor usando los simbolos a continuacion:

- (X) Agudo
- (+) Entumecido/Hormigueo
- (#) Dolor Sordo
- (B) Ardiente

Nivel de dolor (0-10): _____



Que medicamento esta tomando actualmente?

Si/No

- Alergias
- Diabetes
- Presion Alta
- Cardiopatia
- Derrame (CVA)
- Cancer o tumores
- Problemas pulmonares
- Artritis
- Dolor de cabeza irregular
- Mareo
- Convulsiones
- Problemas visuales
- Problemas menstruales
- Transtornos de inmunidad
- Gota
- Estas embarazada?
- Re emplazo de articulacion
- Cambios de memoria

Si/No

- Cambio en color de heces o sangrado rectal
- Perturbacion del sueno nocturno
- Cambio intestinal o de vejiga
- Aumento de sed o hambre
- Miccion frecuente
- Indigestion/Acidez
- Nausea o Vomito
- Fatiga/debilidad inusual
- Fiebre o escalofrios
- Morado/sangrado frecuente o facil
- Colicos frecuentes
- Tiene dolor las 24 hrs?
- Se despierta del dolor?
- Fumas? _____#/Dia
- Tomas? _____#/Dia

Que otros tipos de medicos /
proveedores de atencion medica
a visto para esta condicion?



ComeBack

Physical Therapy, Inc.

Informacion personal

¿A quién le gustaría que nos comuniquemos en caso de una emergencia?

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Enumere las alergias conocidas:

Enumere cualquier procedimiento quirúrgico / médico (últimos 5 años):

Enumere los medicamentos / dosis actuales:



ComeBack

Physical Therapy, Inc.

ACUERDO FINANCIERO

En consideracion de los servicios prestados de mi medico/terapeuta a mi solicitud y mi direccion, yo entiendo que soy responsable y acepto pagar la totalidad de los cargos incurridos por los servicios prestados. Ademias, entiendo que en el caso de que se haya hecho un arreglo especial para que el pago se realice atraves de mi compania de seguro, y ellos opten por no cubrir parte o la totalidad de la reclamacion soy responsable del saldo en su totalidad.

Fecha: _____

Nombre: _____

Firma: _____

ComeBack Physical Therapy, Inc. & Gulfstream Outsourcing & Specialized Billing (GO-SB)

En nuestros continuos esfuerzos por brindar a nuestros clientes un servicio superior, ComeBack Physical Therapy, Inc. ha colaborado con Gulfstream Outsourcing & Specialized Billing (Go-SB). Esta asociacion nos permitira ayudar mejor a aquellos que han estado involucrados en accidentes y aumentar la velocidad a la que procesamos y presentamos reclamaciones de seguros relacionados con accidentes.

Al completar el cuestionario adjunto, Go-SB podra ayudarlo en el procesamiento de su reclamo, incluido cualquier reembolso que pueda tener derecho a recibir en relacion con sus facturas medicas relacionadas con el accidente. En el caso de que Go-SB no reciba estos datos de manera oportuna, el pago de estas facturas puede convertirse en su responsabilidad.

Por favor Escriba

Nueva informacion del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____
Tel #: _____ Cel #: _____
Correo Electronico: _____ SSN: _____

Information de Seguro medico

Nombre de Seguro Medico: _____
Titular de la póliza (Subscriber's) Nombre: _____
Numero de Identificacion: _____ Grupo #: _____
Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
dirección: _____

Información del seguro de automóvil

Vehículo #1 (vehículo en el que se encontraba en el momento del accidente - PIP)

Nombre de la compañía de seguros de automóviles: _____ Fecha del accidente: _____
Número de reclamación: _____ Nombre del ajustador: _____
Indique si fue: Conductor / Propietario Conductor / No propietario Pasajero Peatón
¿Informe policial archivado? SI NO
Nombre del asegurado: _____ Numero de póliza: _____

Vehículo #2 (Otro vehículo involucrado - Lesiones corporales)

Nombre de la compañía de seguros de automóviles: _____
Número de reclamación: _____ Nombre del ajustador: _____
Nombre del asegurado: _____ N. ° de póliza: _____

Información sobre compensación laboral

Nombre de la empresa: _____ Fecha del accidente: _____
Número de reclamación: _____ Nombre del ajustador: _____
Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____

Información del abogado

Nombre del abogado: _____ Numero de teléfono: _____
Dirección: _____



*Consentimiento para divulgar información médica
Para operaciones de pago, tratamiento y atención médica*

Nombre: (completo) _____ Apellido: _____

Dirección:(Calle) _____

(Ciudad): _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tel: _____

Reconocimiento de Aviso de Practicas Privadas de Come Back Physical Therapy, Inc

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para ComeBack Physical Therapy, Inc. Cada uno de sus fisioterapeutas, asistentes de fisioterapeutas, médicos y otro personal (colectivamente, "ComeBack Physical Therapy , C^a")

Consentimiento para Divulgar Mi información Médica General:

Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento para que ComeBack Physical Therapy, Incs. divulgue mi información médica para que pueda tratarme, solicitar pagos de terceros por dicho tratamiento y, en general, continuar con ComeBack Physical Therapy, Incs ' operaciones de atención médica (por ejemplo, garantía de calidad) También doy mi consentimiento para ComeBack Physical Therapy, Inc. cuando sea necesario para que estos proveedores puedan tratarme, solicitar el pago por ese tratamiento y para el propósito de sus operaciones de atención médica.

Firma de Paciente _____
Fecha

Si el paciente es un menor emancipado o está incapacitado (física o mentalmente), obtenga las siguientes firmas

Firma de la representación personal _____
Fecha

Descripción de la autoridad



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Yo, el abajo firmante, certifico que soy el padre con custodia o el tutor legal del menor mencionado anteriormente, y por la presente autorizo a COMEBACK PHYSICAL THERAPY, INC, a administrar el tratamiento que considere necesario al menor.

Nombre del padre con custodia / tutor legal: _____

Firma del padre con custodia / tutor legal: _____

Testigo: _____

Fecha



DECLARACIÓN JURADA DE NINGÚN SEGURO MÉDICO

Yo, _____, por la presente juro que no tengo seguro médico para el pago de facturas médicas asociadas con mi lesión por accidente automovilístico. Por la presente declaro que no estoy calificado para cobrar beneficios médicos bajo la póliza de ningún familiar con quien pueda o no pueda residir.

Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

En fe de lo cual, el abajo firmante ha suscrito _____
mano y selle este _____ día de _____, 20_____.

Nombre del testigo en letra de imprenta

Firma de testigo

Fecha