



## PATIENT INFORMATION

APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
-----------	----------------	-----------------

DIRECCION:	APT:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
------------	------	---------	---------	----------------

NUMERO DE CASA:	NUMERO DE CELULAR:	NUMERO DE TRABAJO:
-----------------	--------------------	--------------------

CORREO ELECTRONICO:
---------------------

FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: <input type="radio"/> FEMALE <input type="radio"/> MALE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:
----------------------	--	--------------------------

¿CÓMO PREFIERE EL ACUERDO DE CITA?	<input type="radio"/> LLAMADA <input type="radio"/> MENSAJE DE TEXTO
------------------------------------	--

CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA?
------------------------------------

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU EMPLEADOR::
--------------------------------------

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DOCTOR QUE LE REFIRIÓ:
---

CONTACTO DE EMERGENICA:		
NOMBRE DE CONTACTO:	NUMERO DE TELEFONO:	RELACION:

PARA PACIENTES CON SEGURO **MEDICARE**:

¿TIENE UN SEGURO SECUNDARIO?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI (POR FAVOR MUESTRA SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)
------------------------------	---



## MEDICAL HISTORY

CUAL ES LA RAZÓN PARA SU CITA DE TERAPIA FÍSICA?

---

POR FAVOR, DESCRIBA SUS SÍNTOMAS:

---

¿HA TENIDO UNA OPERACIÓN PARA ESTA CONDICIÓN? INDIQUE QUÉ PROCEDIMIENTO LE HICIERON Y LA FECHA.

---

QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO PARA ESTA CONDICIÓN? ANOTE LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS.

---

¿HA TENIDO TERAPIA FÍSICA O OTROS TRATAMIENTOS PARA ESTA CONDICIÓN EN EL PASADO?

---

¿CUANDO COMENZARON SUS SÍNTOMAS O CUANDO OCURRIÓ SU HERIDA?

---

SU CONDICIÓN ES RELACIONADA A UN ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL O DE SU TRABAJO?  NO  SI

INDIQUE SU NIVEL DE DOLOR EN LA ESCALA: ( 0 = NINGÚN DOLOR 10 = DOLOR INSOPORTABLE)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿CUÁL ES SU DOLOR CONSTANTE O INTERMITENTE ? \_\_\_\_\_

SU DOLOR ES PEOR POR LA MAÑANA O POR LA NOCHE? \_\_\_\_\_

EL DOLOR LE DESPIERTA EN LA NOCHE?  NO  YES

USTED PUEDE DESCRIBIR SU DOLOR COMO UNA QUEMAZÓN O ELECTRICIDAD?  NO  YES

SIENTE USTED SENSACIONES DE ADORMECIMIENTO EN ALGUNA DE SUS BRAZOS O PIERNAS?  NO  YES

QUÉ ACTIVIDADES LE CAUSEN MÁS DOLOR?

---

POR FAVOR DESCRIBA SUS LIMITACIONES DE SUS FUNCIONES. EG: CAMINANDO, SUBIR/ BAJAR ESCALERAS, ECT

---

DESCRIBA SUS ACTIVIDADES RECREATIVAS O ATLÉTICAS CUANDO SE SIENTE SALUDABLE:

---



## CONSENTIMIENTOS

### CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, por la presente concuerdo a dar mi consentimiento para que *Brooklyn Body Works Physical Therapy* administre el cuidado y el tratamiento médico considerado, necesario y apropiado en acceder y tratar mi condición física y mental.

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/ LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo por la presente asigno todos los beneficios médicos para incluir los beneficios médicos mayores a que soy permitido, inclusive del Medicare, Medicaid, pagadores privados de seguro y terceros a *Brooklyn Body Works Physical Therapy* una fotocopia de este signo debe ser considerada como la original. Yo por lo de historiales médicos, para asegurar el pago.

### DECLARACIÓN DE PÓLIZA FINANCIERA

*Brooklyn Body Works Physical Therapy* facturará su portador de seguro únicamente como una cortesía a usted. Usted es responsable por la factura completa de los servicios. Requerimos pago inmediato de su responsabilidad de la cuenta para servicios dados. Si su portador de seguro no remite el pago dentro de 60 días, el balance será debido por usted. En caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de pagos hechos, será responsable de la cantidad de dinero reintegrado a su compañía de seguros. En caso su compañía de seguros establezca una usual y de costumbre honoraria, usted será responsable de la diferencia que queda.

Si su compañía de seguros hace cualquier pago directamente a usted para servicios rendidos por nosotros, reconoce que es su obligación de remitir inmediatamente mismo pago a *Brooklyn Body Works Physical Therapy*.

La información de arriba no aplica a esos reclamos considerados bajo Compensación de Trabajado o caso de no-fault. Sin embargo, sea aconsejado que su reclamo de W/C o N/F son negados usted será responsable por la cantidad usual de cargas para servicios dado a usted.

Comprendo y concuerdo que si fallo de hacer cualquiera de los pagos en manera oportuna yo seré responsable por todos los costos de atentos a reunir el dinero debido a *Brooklyn Body Works Physical Therapy P.C.*, inclusive de costos de corte, agencia de colección y costos de abogados.

RESPONSABILIDAD POR CITA: \_\_\_\_\_

**NOTA:** LA INFORMACIÓN ESTIMADA ES PROPORCIONADA COMO UNA CORTESÍA A NUESTROS PACIENTES, PERO NO ES INTENCIONADO PARA LIBERARLE DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE CUALQUIER BALANCE. VERIFICAMOS SUS BENEFICIOS ANTES DE SU CITA INICIAL PERO LA RESPONSABILIDAD FINAL ES DIRIGIDO CUANDO EL SEGURA PROCESA LOS CARGOS DE LA TERAPIA.

**LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA HA SIDO LEÍDA Y EXPLICADA. COMPRENDO MI RESPONSABILIDAD PARA EL PAGO DE MI CUENDA.**

PACIENTE/ GUARDIÁN RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE DE BBW: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DEL PACIENTE

- La ley del Estado de Nueva York requiere que los pacientes obtengan una prescripción escrita antes de iniciar tratamiento con un fisioterapeuta licenciado para que su tratamiento sea cubierto por su seguro médico.
- Si el paciente falla de informar BBWPT, PC de un cambio en la cobertura, el paciente será responsable de cualquier reclamo rechazado que está relacionado a una falla o en el cambio en beneficios. Esto incluye a pacientes de MEDICARE que están bajo cuidado en el hogar.
- El paciente es responsable de pagar todos los copagos y deducibles antes de empezar el tratamiento.
- Todas las visitas son por cita única y generalmente duran entre 30 a 60 minutos.
- **ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PARA CONFIRMAR TODAS LAS CITAS.** Como cortesía nuestra oficina le manda acuerdos. Si el paciente no confirma la cita, nuestra oficina reserva el derecho de cancelar la cita y ofrecer la cita a un paciente en la lista de espera.
- Requerimos que los pacientes llamen si van a llegar más de 10 minutos tarde. Si un paciente llega más de 15 minutos tarde, Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C. reserva el derecho de cancelar la cita.
- **SOLICITAMOS UN AVISO DE 24 HORAS EN EL CASO QUE TIENE QUE CANCELAR SU CITA.**  
Si un aviso apropiado no se da una multa de \$75 se le va a cobrar al paciente. Entendemos que a veces las cancelaciones son inevitables. Las circunstancias pueden ser discutidas con la gerente de la oficina.
- Si un paciente cancela o falla a atender su cita repetidamente, el paciente corre el riesgo de tener su próxima cita cancelada y perder sus futuras citas. **Los pacientes con casos de compensación del trabajador y casos de accidentes de automóvil se arriesgan a perder sus beneficios para el tratamiento de fisioterapia y/o pueden encarar otras consecuencias legales por no cumplir con el cuidado recomendado.**

- 
- YO COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE POR PAGAR LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES DE MI SEGURO
  - YO POR EL PRESENTE INDICO QUE NO ESTOY ELIGIBLE PARA EL SEGURO POR COMPENSATION DE TRABAJO O DE NO-FAULT.
  - YO CONCUERDO INFORMAR BBWPT DE CUALQUIER CAMBIO EN MI COBERTURA O BENEFICIOS ANTES DE LA FECHA DE VIGENCIA.
  - YO COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE MIS CITAS Y SI FALLO A DAR AVISO APROPIADO DE CANCELACIÓN YO SOY RESPONSABLE POR LA MULTA DE \$75.

**ACEPTO TRATAMIENTO EN LOS TÉRMINOS ANTES MENCIONADOS.**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FCHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_



## HIPAA AWARENESS CONTRACT

Con mi permiso, Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C., (LA PRÁCTICA) puede utilizar y puede revelar información protegida de salud para llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago y operaciones de salud. Refiérase por favor a Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C. aviso de privacidad para una descripción más completa de tales usos y revelaciones.

Una copia del aviso de privacidad estaba disponible para mí antes de firmar este consentimiento. Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C. reserva el derecho de revisar el aviso de privacidad en cualquier momento. Una copia del aviso de privacidad puede ser obtenida por petición escrita.

Con mi permiso, la oficina de Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C. puede llamar mi hogar u otras ubicaciones designadas y dejar un recado en el correo de voz, o en persona, con respecto a cualquier artículo que puede ayudar La Práctica al llevar a cabo su cuidado, como recordatorios de cita, asuntos de seguro y cualquier información que pertenecen a facturas/colecciones o mi cuidado clínico.

Con mi permiso, la oficina de Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C. puede enviar a mi hogar u otra ubicación designada cualquier artículo que ayuda La Práctica al llevar a cabo mi cuidado TPO como tarjetas de recordatorio de cita y declaraciones pacientes siempre que sean marcados PERSONAL Y CONFIDENCIAL. Tengo el derecho de requerir que La Práctica restrinja cómo utilizar o revelar mi Información Personal de la Salud para llevar a cabo mi cuidado. Sin embargo, La Práctica no está requerida a concordar con las restricciones solicitadas, aunque si hace así, es atado por este acuerdo.

Firmando este acuerdo, yo permito Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C. utilizar y revelar mi información personal para pago de mi cuidado.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito pero La Práctica pudo haber hecho revelaciones basadas en mi consentimiento previamente.

Con mi permiso, Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C., (LA PRÁCTICA) puede utilizar y puede revelar información protegida de salud para llevar a cabo tratamiento, operaciones de pago y operaciones de salud. Refiérase por favor a Brooklyn Body Works Physical Therapy, P.C. aviso de privacidad para una descripción más completa de tales usos y revelaciones.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_