



Historia de Informacion Medica

Nombre: _____ Fecha: _____

Describe Sintomas/ Problema:

Fecha del comienzo o de cirugia: _____

Seleccione lo que aplicó a usted

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ataque al corazon | <input type="checkbox"/> mareo | <input type="checkbox"/> dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> hinchazon |
| <input type="checkbox"/> marcapasos | <input type="checkbox"/> falta de aliento | <input type="checkbox"/> dolor cronico | <input type="checkbox"/> fatiga |
| <input type="checkbox"/> arritmias | <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> depresion | <input type="checkbox"/> problemas de prosteta |
| <input type="checkbox"/> problemas del corazon | <input type="checkbox"/> problemas de vision | <input type="checkbox"/> alta/baja presion | <input type="checkbox"/> cancer/tumores |
| <input type="checkbox"/> incontinencia | <input type="checkbox"/> coagulos de sangre | <input type="checkbox"/> embarazo | <input type="checkbox"/> nausea |
| <input type="checkbox"/> dolor de noche | <input type="checkbox"/> embolio | <input type="checkbox"/> debilidad | <input type="checkbox"/> incautacion |
| <input type="checkbox"/> implantes de metal | <input type="checkbox"/> alergia a latex | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> sangre del orin |
| <input type="checkbox"/> problemas de tiroide | <input type="checkbox"/> entumecimiento | <input type="checkbox"/> perdida de audicion | <input type="checkbox"/> artritis |

Otras condiciones medicas: _____

X-ray, MRI: SI NO

Describe resultados: _____

Lista de medicaciones prescrito: _____

Lista de otras cirugias o lesions perteneciendo: _____

Porfavor describa su dolor del 0-10 (0 significa **NO** dolor, 10 significa el peor dolor)

Nivel del peor dolor _____ Nivel de dolor mejor _____ Nivel del presente _____

Describe su dolor: **Circule el que apliquen:**

Dolor Ardor Hormigueo Entumecimiento Agudo Palpitante Calambres

Que hace su condicion peor?

Sentado Parado Caminar Subir escalones Acostado Levantar Alcanzar

Que nota que le ayude a mejorar el dolor? _____



Informacion de Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono Celular: _____

Correo electronic: _____
(Inicial) _____ Me gustaria recibir confirmacion de mi cita por correo electronico.

Dirreccion: _____

Cuidad: _____Codigo Postal: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esposo(a): _____

Pariente que NO vive con usted: _____ Telefono: _____

Amigo(a) que NO vive con usted: _____ Telefono: _____

Medico de Referencia: _____ Telefono _____

Persona que podamos contactar en caso de emergencia? _____

Telefono: _____

Persona que sera responsable por esta cuenta? _____

Esta lesion fue durante el trabajo? Si No

Esta cubierto por un empleado or union? Si No

Esta lesion fue por una accidente? Si No

Su esposo(a) esta empleado? Si No

Esta empleado? Si No

Tiene una segunada politica de seguros? Si No

Yo entiendo e estoy de acuerdo que soy responsable por el balance de mi cuenta por los servicios medicos que recibo. Yo certifico que toda esta informacion es verdad y correcto.

Yo los notificare de cualquier cambio en mi aseguranza or de informacion en esta pagina.

Firma

Fecha



Políticas de la Compañia

Nombre: _____

Fecha: _____

Nosotros hacemos lo posible de proporcionar el mayor cuidado medico disponible. Para hacer esto posible, tenemos ciertas politicas que seguir. Porfavor de leer cuidadosamente, **iniciar TODOS los espacios**, e indicar que esta de acuerdo con una firma.

Porfavor
Iniciar

_____ **Copagos seran recibidos al inicio**

Si por alguna razon se olvido su billetera, todavia lo podremos ver mientras que firme una "Solicitud de Prorroga". Al mismo tiempo tendra que estar de acuerdo a pagar una cuota minima para mantener su cita.

_____ **24- Horas de aviso tarifa**

Si quiere cambiar o cancelar su cita, exigimos **minimo de 24 horas de notificacion**. you wish to change or cancel an appointment we require a 24-Hour advance notice. **Cualquier horario menos de 24 horas, resultara en una cuota de \$20 cargado a su cuenta.** Porfavor de ser cortes e responsabe para que podamos manter sus citas en el futuro.

_____ Si falla a llegar a su cita sin ninguna notificacion, sus citas seran cancelado e una cuota de **\$45 cargado a su cuenta.** Tiene la opcion de re-programar una cita dependiendo nuestra disponibilidad.

_____ **Modalidades que no cubre la aseguranza**

Algunas modalidades no son cubiertas por la asuguranza (laser, DMS, spinal decompression). Usted sera notificado de la cuota si es que quisiera tener estas modalidades.

_____ **Politica de Tardanza "10 minutes"**

Si llega a su cita mas de 10 minutos tarde, sera posible que tenga que re-programar la cita o esperar mas tiempo para un que este disponible.

_____ **Telefonos celulares tendran que estar apagados o en silencio**

Nosotros entendemos que hay emergencias, pero porfavor de mantener el telefono en silencio o en vibrador.

Gracias.



Consentimiento de Tratamiento para Paciente

Yo entiendo e estoy de acuerdo dando mi consentimiento a Full Motion Physical Therapy de realizar atención médica a _____ (nombre de paciente) para diagnosticar correctamente mi condición médica.

Declaración de Responsabilidad Financiera

TODOS los copagos tiene que ser recibidos antes de tratamiento. Full Motion Physical Therapy será cargo de mandar la cuenta a la aseguradora del paciente. El paciente, sin embargo, es responsable por la cuenta en totalidad al tiempo de los servicios. En caso que la aseguradora no remite el pago dentro de 60 días, el balance será responsabilidad del paciente. Si la compañía de seguros requiere un registro de reembolso, esto también será responsabilidad del paciente. Cualquier diferencia de balance tendrá que ser cuidado 30 días después de tratamiento.

Cualquier pago será directamente asignado al paciente e será su responsabilidad. Esto no aplica a pacientes de remuneración de los trabajadores.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que si fallo a ser pagos, dentro de 60 días de tratamiento, yo seré responsable por TODOS los costos, incluyendo costos judiciales e gastos de recaudación.

Nombre: _____ Fecha: _____

Estimaciones de Costo por Visita:

Full Motion Physical Therapy estima su copago (co-insurance/co-pay) será:

\$ _____ (Será colectado ANTES de cualquier cita)

El estimado deducible será \$ _____ (depende de su compañía de seguros) que también será responsable de pagar especificado de su beneficios de seguros. Por su conveniencia, Full Motion acepta Visa, MasterCard, Discover, Efectivo or Cheque Personal. Nota: Un cobro de \$25 será agregado en caso de un cheque revuelto.

Por sus iniciales aquí _____, yo acepto TODA la responsabilidad financiera que se a presentado. En adición, la información de cobertura es previsto solo como una pauta.

La información de fue leída y comprendida de el pago de mi cuenta.

Paciente/Guardian: _____ FMPT Testigo: _____



Asignacion de Beneficios

Nombre de Facilidad: Full Motion Physical Therapy

Direccion: 31461 Rancho Viejo Road Suite #101

Cuidad, Estado, Codigo Postal: San Juan Capistrano, CA 92675

Numero de Telefono: 949-542-5000

Fecha: _____

Paciente: _____

Empeador: _____

Numero de Grupo: _____

Numero de Seguro Social: _____

Yo directo _____ *aseguranza a pagar comprobar hecho a:*

Full Motion Physical Therapy

31461 Rancho Viejo Road, Suite 101

San Juan Capistrano, CA 92675

Si mi politica prohíbe pago directo a Full Motion, yo doy autorizacion que hagan un comprobar ha mi nombre e mandado por correo siguiendo:

Nombre de Paciente

C/o Nombre

Direccion

ESTE ES UNA ASIGNACION DIRECTA DE MIS DERECHOS E BENEFICIOS BAJO DE ESTA POLITICA.

Este pago no va a exceder endeudamiento a lo que esta refiriendo, yo estoy de acuerdo a pagar el equilibrio de servicios que han sido cobrados pasando lo que cubre la aseguranza.

-Una copia sera considerada efectiva e validad como la original.

-Tambien autorizo lanzamiento de mi informacion perteniendo a mi caso a cualquier compania de aseguranza, e abogado implicado en este caso.

-Yo autorizo a Full Motion to a iniziar una queja al comisionado de seguros por cualquier razon de mi parte.

Firma

Fecha

Horario

Testigo



Reconocimiento de HIPPA

Reconosco que e recibido una copia de anuncio de informarcion de salud privacidad de Full Motion Physical Therapy explicando las politicas relacionadas a la informacion de salud protegida. Yo estoy de acuerdo dando autorizacion a Full Motion Physical Therapy al proposito del tratamiento, facturacion, e comunicacion.

Nombre: _____

Fecha: _____

Yo concedo a Full Motion Physical Therapy a tener comunicacion relacionado a informacion de salud con la siguiente persona(s).
