

FORMA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Información del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ I.N _____ Número de Casa _____ Número de Celular _____
 Dirección _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Dirección de Email _____
 Está trabajando actualmente? S N
 Empleador _____ Ocupación _____
 Fecha de Nacimiento: _____ S.S.N _____ Sexo: F M Estado Civil: C S D V
 Contacto de Emergencia _____ Número _____ Relación _____

Información Médica

Nombre de Doctor: _____ Ha tenido terapia física antes de este año? S N
 Fecha de Lesión: _____ Si: Cuando _____ Donde: _____
 Parte del Cuerpo: _____
 Lesión relativa al trabajo auto otro _____

Ha tenido alguna de las siguientes pruebas médicas realizadas para su condición actual:
 Prueba de diagnósticos: (Rayos X, MRI, etc.) S N Cuando: _____ Tipo: _____
 Cirugía: S N Cuando: _____ Tipo: _____

Por favor haga una lista de todos los medicamentos que toma con y sin receta médica.

Por favor marque abajo si tiene o ha tenido uno alguna vez:

<input type="checkbox"/> Asma/Alergias	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Lesiones de la cabeza	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las piel
<input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares	<input type="checkbox"/> Infecciones Repetitivas	<input type="checkbox"/> Ulceras de estomago	<input type="checkbox"/> Circulación/Problemas Vasculares
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonares	<input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Fracturas de huesos	<input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (tuberculosis, hepatitis, VIH)
<input type="checkbox"/> Paro	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Sangre	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo/crecimiento
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Otros

Información De Seguros

Seguro Primario _____ Número de Grupo _____

No. Telefono No. Reclamación Ajustador

Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento

Seguro Social Empleado

Relación al Paciente: _____

Seguro Secundario _____ Número de Grupo _____

No. Telefono No. Reclamación Ajustador

Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento

Seguro Social Empleado

Relación al Paciente: _____

PACIENTES CON MEDICARE

Esta recibiendo servicio médico en casa por cualquier otra razón? Si No

Esto incluye a personas que van a su casa a bañarlos oh a cambiarlos, etc. Si contesto si, por favor nombre la agencia, días del tratamiento y **firmé la Autorización para divulgar registros médicos:**

Agencia:

Días de tratamiento:

COMPENSACION DEL TRABAJADOR SOLAMENTE

Al firmar a continuación, yo autorizo a Rehabilities a contactar mi empleador para obtener autorización de que se trata de un reclamo de compensación labora y obtener una descripción del trabajo y /o una lista de las funciones esenciales del trabajo para seguir ayudando en mi proceso de rehabilitación. Si mi empleador no aprueba esto como un beneficio de compensación a los trabajadores, voy a aportar mi información personal del seguro medico a Rehabilities y autorizo a Rehabilities para presentar mis reclamos con mi compañía de seguros. Asimismo, entiendo si por alguna razón mi compañía de seguros no paga por los servicios prestados, yo seré responsable de pagar a Rehabilités. Además, autorizo y dirijo mis beneficios de seguro a pagar directamente a Rehabilities.

Firma de Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCION Y EL TRATAMINETO

Estoy de acuerdo y doy my consentimiento para que Rehabilities de proveer a mi cuidado y tratamiento médico para el paciente que se considere necesario y apropiado en el diagnostico o tratamiento de mi condición física.

ASIGNACION DE BENEFICIOS/DIVULGACION DE INFORMATCION

Yo, asigno todos los beneficios médicos y /o quirúrgico para incluir mayores beneficios a los que tengo, incluyendo Medicare, Medicaid, Compensación del trabajador, seguridad privada y el médico tratante a Rehabilities. Yo autorizo la liberación de toda la información necesaria incluyendo registros médicos.

DECLARACION DE POLIZA FINANCIERA

Como una cortesía para mi, Rehabilites facturara a mi compañía de seguros. Y entiendo que si por alguna razón mi compañía de seguros no paga por los servicios prestados, yo seré responsable de pagar a Rehabilites. He hecho arreglos de pago para cualquier pago co-pago, co-seguro y/o deducible que pueda ser responsable de.

Eh leído y entendido la información anterior y mis beneficios de seguro.

Paciente/Tutor/Partido Responsable

Fecha

POLIZA DE CANCELACION

Rehabilites requiere un previo aviso de 12-horas de anticipación para cancelación. Ahí un cargo de \$25 por cualquier cancelación sin la debida notificación. Este cargo se aplica también si no llega a su cita. Este cargo no será cubierto por el seguro, pero será su responsabilidad. Si usted es un paciente que normalmente es puntual y tiene algún problema imprevisto, se puede optar por pasar por alto la primera vez. Sin embargo, una segunda instancia se le cobrara, y después la tercera y cuarta, tendremos que cuestionar su compromiso con el programa.

Cuando usted no se presenta en la fecha prevista, tres personas son lesionadas:

1. Usted, el paciente ya que no recibe el tratamiento que necesita según prescrito.
2. El terapeuta, que ahora tiene un espacio vacío en su horario ya que el tiempo estaba reservado para usted.
3. Otro paciente que podría haber sido programado para el tratamiento si o hubiera dado la debida notificación.

Para cancelar o reprogramar su cita por favor llame 915-595-4500
Después de horas: Por favor deje mensaje

NUESTRA GARANTIA DE TIMEPO

Entendemos que su tiempo es tan importante, si no más importante que el nuestro. Es por eso que garantizamos que no tendrá que esperar para ser visto. Para respaldar nuestra declaración nosotros estamos poniendo nuestro dinero donde esta nuestra boca. Por cada 15 minutos que pasen después de la hora de su cita nosotros le daremos \$25(hasta \$100). Si estamos desperdiciando su tiempo por tener que sentarse en la sala de espera nosotros pagaremos por su tiempo.

He leído o ha tenido la póliza anterior explicada. Entiendo y cumpliré con la póliza anterior.

Firma del Paciente

Fecha