

LAKE RIDGE PHYSICAL THERAPY, LLC

Clínica Lake Ridge
Tel 703-730-6969

Clínica Fusion
Tel 571-659-2612

INFORMACION DEL PACIENTE *(por favor imprime claramente)*

Eres un... Nuevo paciente Paciente que regresa Paciente actual (la información ha cambiado durante el tratamiento)

Nombre:	_____	SS #:	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>I</i>
DOB:	_____	Edad:	_____
		Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		Estado civil:	_____
Dirección:	_____		
Ciudad:	_____	Estado:	_____
		Código Postal:	_____
	Preferencia de contacto primario:	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del médico remitente: _____
Celular #:	_____	<input type="checkbox"/>	¿Te han practicado terapia física este año?
Casa #:	_____	<input type="checkbox"/>	Si No
Trabajo #:	_____	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo explicar:
Correo Electrónico:	_____	<input type="checkbox"/>	

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto:	_____	Relación:	_____
Teléfono #:	_____	Otro teléfono #:	_____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del seguro médico primario:	_____		
Abonado:	Relación al paciente:	DOB:	
Nombre del seguro médico secundario:	_____		
Abonado:	Relación al paciente:	DOB:	
Nombre del seguro médico terciario:	_____		
Abonado:	Relación al paciente:	DOB:	

ACCIDENTE DE VEHICULO MOTORIZADO *(si es aplicable)*

Fecha de herida: _____ ¿En qué estado ocurrió el accidente?

COMPENSACION DE TRABAJADORES *(si es aplicable)*

Seguro de compensación del trabajador:	_____	Fecha de herida:	_____
Reclamación #:	_____	Nombre de Contacto / Tel #:	_____
Dirección de reclamos:	_____		
Empleador:	_____		

LAKE RIDGE PHYSICAL THERAPY, LLC

Clínica Lake Ridge
Tel 703-730-6969

Clínica Fusion
Tel 571-659-2612

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO Y AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Entiendo que la información de la página anterior es necesaria para proporcionarme un tratamiento de rehabilitación de manera segura y eficiente. He respondido todas las preguntas con sinceridad y, a mi leal saber y entender. Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir respuestas a cualquier pregunta antes de recibir cualquier tratamiento, incluidos los riesgos o las alternativas al plan de tratamiento que me hayan recetado. Al firmar este acuerdo, doy mi consentimiento para que Lake Ridge Physical Therapy, LLC (D.B.A. Fusion Physical Therapy) brinde el tratamiento y la atención prescritos por mi médico y / o recomendados por mi terapeuta.

Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta y, además, autorizo la divulgación de toda la información necesaria, incluida la información médica a mi compañía de seguros para determinar los beneficios a los que pueda tener derecho.

AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA PAGO DIRECTO

Autorizo a Lake Ridge Physical Therapy, LLC (DBA Fusion Physical Therapy) a solicitar beneficios en mi nombre por los servicios prestados por ellos, y solicito que el pago de mi compañía de seguros se haga directamente a Lake Ridge Physical Therapy, LLC (DBA Fusion Physical Therapy)

O mi compañía de seguros o yo podemos revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Los servicios que ha elegido para participar implican una responsabilidad financiera de su parte. Usted es responsable del pago de su deducible y copago / coaseguro según lo determina su contrato con su compañía de seguros. **Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio.** Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable de los montos no cubiertos por su aseguradora. Si su compañía aseguradora niega cualquier parte de su reclamo, o si usted o su médico eligen continuar con la terapia más allá de su período de tiempo aprobado, usted será responsable por completo del saldo de su cuenta.

CUENTAS A DELINCUENCIA: en caso de que su cuenta se vuelva en mora, usted será responsable de todos los costos de cobro, que son 33 1/3 de los importes del principal.

CUOTA DE CHEQUE DEVUELTO: Yo, el abajo firmante, acepto pagar una tarifa de \$ 30.00 por cualquier cheque devuelto por mi institución financiera, independientemente de la razón.

REFERENCIAS / AUTORIZACIONES: Algunos planes de atención administrada requieren formularios de autorización por escrito de su médico de atención primaria para cada visita a un especialista. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que Lake Ridge Physical Therapy, LLC (D.B.A. Fusion Physical Therapy) tenga un formulario de autorización válido antes de cada visita. **Estos formularios no pueden emitirse retroactivamente.** La falta de autorización puede reducir drásticamente sus beneficios / cobertura con su compañía de seguros.

NOMBRAMIENTOS: Todas las citas deben programarse con anticipación y se requiere un aviso de 24 horas para las cancelaciones. Los pacientes que tienen más de quince (15) minutos de retraso para una visita programada pueden no ser atendidos según la discreción del terapeuta. El paciente puede ser reprogramado para una visita futura si no se lo ve. **Se cobra una tarifa de \$ 30 por todas las visitas NO SHOW / NO CALL, así como también CANCELACIONES EN EL MISMO DÍA.**

Certifico que he leído las políticas anteriores (es decir, el consentimiento para el tratamiento y la autorización para divulgar información, la autorización del paciente para el pago directo y la declaración de responsabilidad financiera) y que ella da su consentimiento a cada una.

Entiendo que puedo solicitar una copia de este acuerdo en cualquier momento.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Impreso: _____