

Apellido:	Primer Nombre:		Inicial:
Fecha de Nacimiento (MM-DD-AÑO):	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro: _____		
No. de Seguro Social:        -        -	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Telefono:	Correo Electronico:		
Celular:	<input type="checkbox"/> Si, me gustaria que me enviarán noticias y ofertas especiales.		
<input type="checkbox"/> Quiero recordatorio de llamada. <input type="checkbox"/> Quiero recordatorio de mensaje de texto. <input type="checkbox"/> No quiero recordatorios.	<b>Por favor llamarnos 24-horas antes, si no puede asistir a su cita.</b>		

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre:	Telefono:
Relacion con el paciente:	

**FUENTE DE REFERENCIA**

<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Amigos o familia	<input type="checkbox"/> Sitio de web	<input type="checkbox"/> Competencia de Crossfit
<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Yelp	<input type="checkbox"/> First Tee Event	<input type="checkbox"/> _____

**INFORMACIÓN DEL TITULAR EN LA ASEGURANZA PRIMARIA (MENOR DE 18 AÑOS)**
 Same as above

Nombre completo:	
Fecha de Nacimiento (MM-DD-AÑO):	Telefono:
Relación con el cliente:	

**Please notify our office if any of the above information changes during the course of your treatment.**

Para asegurarse de recibir una evaluación completa y exhaustiva, por favor indíquenos con la información de fondo importante en el siguiente formulario. Si usted no entiende una pregunta déjelo en blanco y su terapeuta le ayudará. Gracias!

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NOMBRE QUE PREFERE: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ GENERO PREFERIDO (circulo):    él    ella    ellos    Otro: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ in. PESOS: \_\_\_\_\_ lbs. OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

**ALÉRGIAS: Enumere cualquier medicamento que es alérgico a:** \_\_\_\_\_

¿Está sensible al látex?  Sí  No Enumere cualquier otra alergias: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de estos:

**METAL en su cuerpo (que no sean los dientes)**  Sí  No

**un marcapasos?**  Sí  No

**problema de visión anormal?**  Sí  No

**problema de audición anormal?**  Sí  No

**pérdida de control del intestino o la vejiga?**  Sí  No

**un aumento de peso inusual o pérdida últimamente?**  Sí  No

¿Le han diagnosticado alguna vez con:

Condiciones artríticas     Enfermedad de inmunodeficiencia

Asma     Esclerosis múltiple

Coágulos de sangre     Osteoporosis

Problemas de circulación     Artritis Reumatoide

Depresión     Úlceras estomacales

Diabetes     Accidente cerebrovascular

Hepatitis     Problemas de la tiroides

Alta presión sanguínea     Tuberculosis     Convulsiones

Cáncer, ¿qué tipo?: \_\_\_\_\_

Dependencia química (es decir, el alcoholismo) \_\_\_\_\_

Problemas del corazón, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

Enfermedad del riñón, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

Other diagnoses: \_\_\_\_\_

¿Cuál de los siguientes medicamentos ha tomado en la última semana?  Aspirina     Tylenol     Hierbas / Remedios

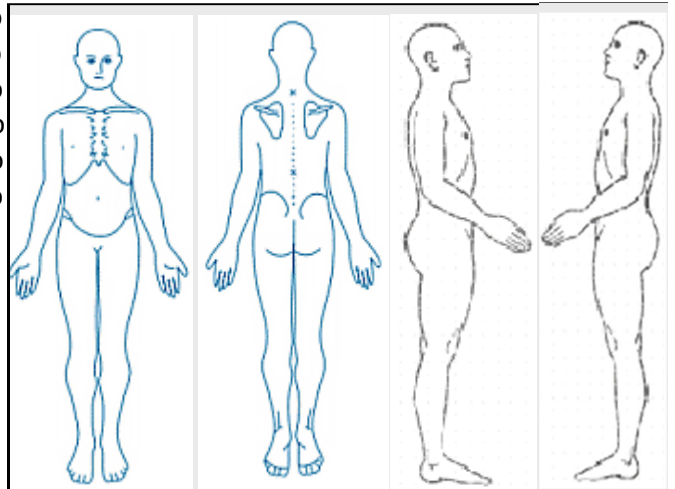
Medicamentos para la úlcera de estómago     Vitaminas

Anti-inflamatorios (Advil/Motrin/Ibuprofen etc)

Otros no prescritos por un médico \_\_\_\_\_

Proporcione una lista adjunta de cualquier otro medicamento prescrito por el médico que está tomando actualmente (incluir el nombre, la dosis, la frecuencia y la ruta administrada): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque donde tenga dolor.



Por favor proporcione un breve resumen de su lesión:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por su condición actual, ¿ha recibido alguna de las siguientes?:  Radiografía     CT scan     MRI

¿Ha tenido alguna cirugía?  Sí  No

En caso afirmativo, indique las cirugías, incluyendo la fecha aproximada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Sólo para mujeres) ¿Está usted embarazada?

No  Sí, ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

Yo prefiero:  ver la información     escuchar la información     practicar o participar     leer la información

\_\_\_\_\_  
Firma del terapeuta

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

## ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de terapia física. Estamos comprometidos a proporcionar servicios de alta calidad a todos nuestros clientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le exigimos que usted lea y acepte antes de iniciar cualquier tratamiento. Por favor, entienda que el pago de su factura es considerado como parte de su tratamiento. Los honorarios deben ser pagados al obtener los servicios. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, tarjetas de crédito y seguros pre-aprobados en los cuales somos proveedores contratados y somos además el proveedor primario designado.

Es su responsabilidad saber cuáles son sus propios beneficios del seguro médico, incluso en la cuestión si somos un proveedor bajo contrato con su compañía de seguros, beneficios cubiertos y las exclusiones de su póliza de seguro, y cualquier pre-requisito para la autorización de su compañía de seguros. Nosotros trataremos de confirmar el alcance de su cobertura antes de su tratamiento. Es su responsabilidad proporcionar la información exacta del seguro, incluidas todas las actualizaciones o cambios en la cobertura. Si Ud. no proporciona esta información, usted será responsable del monto total de la factura.

Si tenemos un contrato con su compañía de seguros le facturaremos a su compañía de seguros primero, menos cualquier copago(s) o deducible(s), y, después de eso, el resto será su responsabilidad. Si no tenemos contrato con su compañía de seguros, Ud. Es responsable por el monto total de todos los servicios prestados al final de su visita. Nosotros le proporcionaremos un recibo que se puede presentar a su compañía de seguros para reembolso.

Comprobante de pago o ID con foto son requeridos para todos los clientes. Nosotros pediremos hacer una copia de su ID y tarjeta de seguro para nuestros registros. El proporcionarnos con una copia de su tarjeta de seguros no confirma que su seguro este vigente ni que los servicios prestados serán cubiertos por su seguro.

Por favor, entienda que algunas coberturas de seguro tienen beneficios fuera de la red que tiene cargos y copagos más altos y beneficios anuales limitados. Si recibe servicios que forman parte de una red "out of network", su proporción debida del monto total puede que sea más de lo Ud. pagaría en "in network".

**Seguro de automóvil:** Nosotros le mandaremos la factura a su compañía de seguro de auto por los servicios proveídos. Si Ud. tiene cobertura de "auto med-pay" en su póliza. Si no tiene auto med-pay en su póliza, Ud. es responsable por el tratamiento en su totalidad. Le proporcionaremos documentación y recibos para su facilidad de un reembolso de su seguridad de automóvil.

**Worker Compensation:** Nosotros le mandaremos la factura a su compañía de workers compensation por los servicios proveídos. En el evento que su reclamación sea negada o en caso de fraude, usted será responsable del monto total del tratamiento proveído.

He leído la información acerca de la responsabilidad financiera antes indicada, y mi firma abajo sirve como reconocimiento a una clara comprensión de mi responsabilidad financiera. Yo autorizo el uso de mi información médica necesaria para procesar la reclamación. Yo autorizo pago de médico y, si aplicable, beneficios de gobierno a Montclair Physical Therapy, Inc. Yo entiendo que si mi compañía de seguros me niega cobertura y/o el pago por servicios prestados, yo asumo la responsabilidad financiera y pagare todos los gastos en su totalidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente/persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente/persona responsable(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con cliente

## **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE SALUD**

Yo doy el consentimiento del uso o revelación de mi información médica protegida por **Montclair Physical Therapy, (MPT)** con el propósito de diagnosticar o proporcionarme tratamiento, obteniendo pago de mis facturas médicas o para conducir operaciones medicas de **MPT**.

Yo entiendo que los diagnósticos o tratamientos por un **Terapeuta físico (PT), o Asistente De Terapia Física (PTA) empleado por MPT** puede ser determinado por mi firma en este documento. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción para proteger mi información médica o para revelar mi tratamiento, pago o operaciones de salud de esta práctica. **MPT** no está requerido a estar de acuerdo con las restricciones que yo pueda tener. Sin embargo, si **MPT** está de acuerdo con las restricciones que yo pida, las restricciones están unidas con **Montclair Physical Therapy. Y cualquier Terapeuta con licencia PT, o PTA empleado por MPT.**

Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento en escrito, en cualquier momento, excepto que **algún Terapeuta con licencia PT, o PTA empleado por MPT.** Haya tomado acción en referencia con este consentimiento. Mi " información medica protegida" (PHI) se refiere a mi información medica, incluye mi información demográfica obtenida por mí y creada o recibida por mi doctor, otro proveedor de cuidado de salud, plan de salud, mi empleador o cámara de compensación de salud. PHI está relacionado con mi pasado, presente o futuro físico o condición mental y me identifica (o ahí una base razonable para creer que la información puede identificarme). Yo certifico que toda la PHI compartida con **MPT** es, de mi conocimiento, correcta y verdadera y entiendo mi responsabilidad de informar a **MPT** de cualquier cambio. Yo doy mi consentimiento del uso de mi PHI, especialmente mi información respecto a mi tratamiento en conjunto con el sistema de notificaciones automatizadas de **MPT**.

Yo entiendo que yo tengo el derecho de revisar El Acuerdo de Privacidad de la Práctica de **MPT** antes de firmar este documento. El Acuerdo de Privacidad de las Práctica describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida que va ocurrir en mi tratamiento, pago de mis facturas o en la actuación de las operaciones de salud de **MPT**. Este Acuerdo de Privacidad de la Práctica también describe mis derechos y los deberes de **MPT** con respecto a mi información médica protegida. **MPT.** Se reserva el derecho de cambiar la privacidad de la práctica descrita en el Acuerdo de Privacidad. Yo puedo obtener una copia revisada del Acuerdo de Privacidad de la Práctica llamando a la oficina y pidiendo una copia revisada que será enviada por correo o pedir una copia en mi próxima cita.

---

**Firma del Paciente/ Representante Personal**

---

**Nombre del Paciente**

---

**Nombre del Representante Personal & Relación con el Paciente**

---

**Fecha**