



## FORMULARIO DE INGRESO DE PACIENTE NUEVO

**Fecha:** \_\_\_\_\_

|                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| Apellido:        | Primer nombre:             |
| Dirección:       | Apto. o casilla de correo: |
| Ciudad:          | Estado:                    |
| Código postal:   | Fecha de nacimiento:       |
| <b>Teléfonos</b> |                            |
| Hogar: (    )    | Correo electrónico:        |
| Trabajo: (    )  | Número del seguro social:  |
| Celular: (    )  |                            |

### **Contacto de emergencia**

|                  |                |
|------------------|----------------|
| Apellido:        | Primer nombre: |
| Teléfono: (    ) |                |
| Relación:        |                |

### **Información sobre el empleo**

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| Compañía:      |                            |
| Dirección:     | Número de suite u oficina: |
| Ciudad:        | Estado:                    |
| Código postal: |                            |

### **Problema/afección**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Descripción del problema: |  |
| Referido por:             |  |
| El referido:              |  |
| Fecha de inicio:          |  |

### **Seguro principal**

|                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| Seguro:          | Número de identificación: |
| Número de grupo: | Número de reclamación:    |
| Deducible:       | Beneficio máximo anual:   |
| Copago:          | Coseguro:                 |

### **Información sobre el suscriptor**

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Nombre del suscriptor:              | Relación con el paciente del suscriptor:<br><input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre/Padre<br><input type="checkbox"/> Otra |
| Fecha de nacimiento del suscriptor: |   |



## **FORMULARIO DE INGRESO DE PACIENTE NUEVO**

### **Seguro secundario**

|  |   |
|--|---|
| Seguro:                                | Número de identificación:   |
| Número de grupo:                       | Número de reclamación:  |
| Deducible:                             | Beneficio máximo anual:   |
| Copago:                                | Coseguro:   |
| <b>Información sobre el suscriptor</b> |   |
| Nombre del suscriptor:                 | Relación con el paciente del suscriptor:  |
| Fecha de nacimiento del suscriptor:    | <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre/Padre<br><input type="checkbox"/> Otra |

¿Alguna vez recibió tratamiento en Professional? **S/N**. Si es así, en qué ubicación: \_\_\_\_\_.

¿Ha recibido fisioterapia, terapia ocupacional o tratamiento quiropráctico este año? **S/N**.

Si es así, sírvase indicar el tipo de tratamiento y su duración \_\_\_\_\_.

¿Alguna vez recibió tratamiento por esta afección? **S/N**. Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_.

¿Alguna vez lo operaron? **S/N**. Si es así, enumere todas las operaciones: \_\_\_\_\_.

### **Para pacientes de Medicare solamente:**

¿Recibe algún servicio de atención a domicilio? **S/N**. Si es así, ¿cuándo se espera que termine? \_\_\_\_\_.

¿Tiene una carta de alta de la atención a domicilio? **S/N**.

### **Solamente para alumnos deportistas:**

¿Qué deporte(s) practica el alumno? \_\_\_\_\_.

¿El alumno deportista se lesionó al practicar al deporte? **S/N**. Si es así, ¿en qué fecha se lesionó? \_\_\_\_\_.

¿Se lesionó en la escuela o en una liga? \_\_\_\_\_.

¿Se llenó algún papeleo en la escuela o liga? **S/N**. Si es así, indique el nombre de la escuela o liga: \_\_\_\_\_.

**Lesiones por accidente de vehículo de motor solamente:** Si recibe tratamiento por lesiones de otro accidente de vehículo de motor, ¿en qué estado ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_.

### **Boletín:**

Me gustaría recibir el boletín de Professional que contiene información sobre la compañía y sus servicios.

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:** Consiento en recibir fisioterapia de rehabilitación y todo servicio complementario que mi fisioterapeuta o médico tratante considere necesario o adecuado por razones médicas. Sin embargo, entiendo que el ejercicio de la fisioterapia de rehabilitación no es una ciencia exacta y declaro y acepto que no se me ha dado ninguna garantía con respecto al tratamiento o a los resultados de la fisioterapia de rehabilitación.

**Firma del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **FORMULARIO DE INGRESO DE PACIENTE NUEVO**

**AUTORIZACIÓN PARA USAR DISPOSITIVOS DE FILMACIÓN Y FOTOGRAFÍA:** Autorizo que, conjuntamente con mi atención, se utilicen dispositivos de filmación o fotografía, incluidos, entre otros, una cámara o dispositivo móvil para filmar en video y/o obtener imágenes con el fin de mejorar mi atención. Además, autorizo a que los videos/imágenes obtenidos con dicho dispositivo se transmitan a mi proveedor de rehabilitación y/o al médico tratante por correo electrónico y/o mensaje de texto protegidos. Entiendo que dichos videos y/o imágenes solo se usarán o compartirán con fines de tratamiento, y que el proveedor de rehabilitación no volverá a usar ni compartir dichos videos y/o imágenes para ningún otro fin sin mi autorización por escrito.

**Firma del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Acepto pagar a mi proveedor (“Proveedor”) de fisioterapia de rehabilitación todos los montos que se adeuden por los servicios que dicho Proveedor me brinde y que no pague Medicare, un tercer plan de seguro, un tercero responsable del pago u otra fuente de pago en mi nombre. En el caso de que mi cuenta se envíe a una agencia de cobros o a un abogado, acepto también pagar todos los costos razonables incurridos para cobrar todo monto que adeude por los servicios brindados por el Proveedor incluso, sin limitación, honorarios de abogado razonables.

**Firma del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**POLÍTICA SOBRE ASISTENCIA:** Declaro haber leído y entender la **Política sobre asistencia** y acepto acatar sus términos y condiciones.

**Firma del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**POLÍTICA SOBRE ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA:** Declaro haber leído y entender la **Política sobre estimulación eléctrica** y acepto acatar sus términos y condiciones.

**Firma del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**POLÍTICA SOBRE LA LEY DE ACCESO DIRECTO (Esta sección solo rige para los pacientes de Connecticut, Massachusetts, New Hampshire y New Jersey que reciben fisioterapia de rehabilitación sin un referido):** Confirmando que he suministrado o confirmado afirmativamente la identidad de mi proveedor de atención primaria, proveedor de atención médica registrado, profesional de atención médica autorizado registrado, o facultativo de atención médica a mi proveedor de rehabilitación, y declaro haber leído y entender la **Política de conformidad con la Ley de Acceso Directo** del estado en que recibo fisioterapia de rehabilitación y acepto acatar sus términos y condiciones, y consiento en recibir fisioterapia de rehabilitación y todo servicio complementario que mi fisioterapeuta considere necesario o adecuado desde el punto de vista médico sin un referido de un facultativo calificado.

**Firma del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_