

FORMULARIO DE INGRESO DE PACIENTE NUEVO

Fecha: _____

Apellido:	Primer nombre:
Dirección:	Apto. o casilla de correo:
Ciudad:	Estado:
Código postal:	Fecha de nacimiento:
Teléfonos	
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: <input type="checkbox"/> Misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre/Padre <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:
Información sobre el suscriptor	
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 <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: ____/____/____