



PREMIER PHYSICAL THERAPY & SPORTS PERFORMANCE

*Tim Kuhn, DPT, CSCS, CAFS • Chris Amundson, DPT, CAFS • Eric Martineau, DPT
Marc Magstadt, MPT • Shane Collins, DPT • Austin Aranda, DPT • Jacquelyn Nemedez, DPT*

¡Bienvenido!

Nos complace que usted haya seleccionado Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT) para su atención de rehabilitación y sus necesidades de fisioterapia. Nuestra meta es librarlo del dolor y lograr que usted vuelva a ser funcional en el menor tiempo posible, pero la fisioterapia es un proceso y en base a su diagnóstico y estado actual, este proceso puede tardar unos días o unos meses. Por favor, háganos saber cómo podemos servirle mejor ya que usted es la razón por la cual se fundó Premier Physical Therapy & Sports Performance. Esperamos que disfrute de su tiempo con nosotros ya que nos dedicamos a ayudarle a alcanzar su potencial de recuperación completa.

Por favor, complete los formularios adjuntos en forma legible, precisa y completa. Esta información se mantendrá en estricta confidencialidad de acuerdo con la ley HIPAA modificada y es esencial para asegurar su comprensión de nuestros procedimientos de facturación, nuestra determinación de su diagnóstico de fisioterapia y el desarrollo completo, individualizado y funcional de su plan de atención. Usted tiene acceso a sus registros bajo pedido en cualquier momento (sujeto a las normas de conservación de registros). Vamos a requerir una notificación de entre cinco y diez días hábiles para cumplir con su petición de manera completa.

¡Gracias!

El equipo de Premier Physical Therapy

Premier Physical Therapy & Sports Performance

*Tim Kuhn, DPT, CSCS, CAFS • Chris Amundson, DPT, CAFS • Eric Martineau, DPT
Marc Magstadt, MPT • Shane Collins, DPT • Austin Aranda, DPT • Jacquelyn Nemedez, DPT*

Acuerdo de compromiso

Todos nosotros en Premier Physical Therapy & Sports Performance estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible y nos entusiasma contar con la oportunidad de ayudarle con su recuperación. La educación y la experiencia permiten a nuestros terapeutas ser sensibles en cuanto a sus necesidades y habilidades específicas y adaptar nuestras intervenciones de modo adecuado. Nuestros programas de terapia física emplean una mezcla equilibrada de terapia manual y ejercicios terapéuticos funcionales/correctivos especialmente diseñados para ayudarle a alcanzar sus metas específicas, minimizando el dolor y maximizando su potencial de recuperación.

La terapia física es un proceso muy similar a la toma de antibióticos; una vez que usted comience, necesita terminar el régimen antes de una intervención para maximizar su beneficio y reducir al mínimo la probabilidad de una nueva lesión o encolerizarse. Este proceso puede tardar unos días o incluso unos meses (dependiendo de la condición) en alcanzar resultados óptimos y se necesita dedicación por parte de usted y su equipo de PPT para garantizar el máximo beneficio. Nos hemos comprometido con usted y le pedimos que a cambio usted se comprometa a:

- Programar las citas de acuerdo a la prescripción de su médico o a discreción del terapeuta.
- Ser consistente en su asistencia no faltando a las citas programadas.
- Dedicarse a su programa de ejercicio en el hogar y al auto-terapia para que pueda lograr el mejor resultado posible.

Para ayudarle a comprometerse, le ofrecemos citas en hora de almuerzo, horarios extendidos, y la voluntad de ajustar nuestros tiempos de programación para servirle mejor a usted y a su estilo de vida. Estamos aquí para ayudarle a lograr el mejor resultado posible, así que por favor háganos saber cómo le podemos servir mejor a lo largo del camino.

Por favor firme a continuación para verificar su compromiso con el proceso de la fisioterapia y la dedicación a su programa individualizado, ya que es la parte más vital para lograr los mejores resultados.

Nombre: _____ Fecha: _____

Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT)

En asociación con Fallon Physical Therapy

Información del paciente

Por favor imprima toda la información en los espacios provistos. Asegúrese de completar toda la información pertinente.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Nombre preferido _____ Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Menor Otro Nombre del cónyuge: _____

Dirección _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal _____

Número de teléfono del hogar () _____ Número del trabajo () _____ Celular () _____

Correo Electrónico: _____

¿Cómo le gustaría que se le recuerden las citas? Mensaje de texto Correo electrónico _____ Llamado telefónico al # _____ Ninguno

Si el paciente es menor, Nombre completo del padre o tutor legal _____ Fecha de nacimiento: _____

Como fue referido/a a PPT? _____

Médico que lo deriva: _____ Teléfono () _____

Nombre y número de teléfono de contacto en caso de emergencia _____

Información del seguro

¿Ha recibido alguna terapia/tratamientos este año, como por ejemplo tratamiento quiropráctico, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla?

Sí NO

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por esta lesión en el pasado o ha realizado un reclamo bajo compensación de trabajadores o un accidente automovilístico? Sí NO

Seguro primario

Compañía aseguradora _____

Número de teléfono del seguro _____ Empleador _____

Dirección de reclamaciones _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Número de identificación del asegurado _____ Número de grupo _____

Seguro secundario

Compañía aseguradora _____

Número de teléfono del seguro _____ Empleador _____

Dirección de reclamaciones _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Número de identificación del asegurado _____ Número de grupo _____

Si la lesión es un caso de compensación a los trabajadores o un Derecho de retención, complete lo siguiente:

¿Su lesión se relaciona con su trabajo? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

Compañía aseguradora _____ Número de teléfono _____

Nombre del ajustador _____ Número de teléfono _____

¿Su lesión es debido a un accidente automovilístico? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

¿Su lesión se debe a una responsabilidad civil en locales? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

¿Su lesión se debe a un asalto? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

¿Su lesión se debe a un atentado? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

Compañía aseguradora _____ Número de teléfono _____

Abogado (si corresponde) _____ Número de teléfono _____

Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT)

Por favor, lea y escriba sus iniciales en cada uno...

_____ **Condiciones de cancelación** Le solicitamos que cuando sea posible nos dé un aviso de 24 horas si necesita cancelar una cita. Somos flexibles y entendemos que surgen situaciones que en ocasiones exceden nuestro control. Vamos a trabajar con usted para reprogramar su cita sin penalidad si nos llama antes de su cita. Al colocar sus iniciales, usted reconoce que queda bajo nuestro criterio cobrarle una tarifa de \$85 si "no llama ni se presenta" a una cita.

_____ **Política financiera** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios que se me presten, incluyendo el saldo restante después de los pagos de los posibles beneficios del seguro. Entiendo que cuando sea aplicable, debo abonar la parte que me corresponda al momento de recibir los servicios. Por la presente autorizo el pago a PPT de los beneficios médicos facturados a mi seguro. Por la presente, acepto la responsabilidad del pago de cualquier servicio que se me haya proporcionado y que no esté cubierto por mi seguro. También aceptó la responsabilidad de cubrir los honorarios que excedan el pago realizado por mi seguro si la práctica no participa con mi seguro. Acepto pagar todos los copagos, coseguros y deducibles en el momento de la prestación del servicio. Entiendo que los beneficios citados a mí son sólo una estimación. Entiendo que es mi plena responsabilidad conocer y comprender mi plan de salud. Entiendo que PPT no es responsable de ninguna información imprecisa que reciban de mi compañía de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad obtener las referencias necesarias de mi médico antes de venir a PPT, si es requerido por mi seguro. También aceptó pagar \$ 25 por cualquier cheque devuelto.

_____ **Colecciones** Cualquier saldo pendiente después de 90 días de la fecha de servicio puede ser referido a un agencia de cobro. El paciente acepta una tasa de cobros de 33%, y cualquier cobro de abogado agregado al total saldo adeudado en el momento de la cancelación, en cualquier cuenta referida a una agencia de cobro externa o un abogado.

_____ **Asignación de beneficios** Yo autorizo el pago de beneficios médicos por los servicios profesionales prestados por PPT tanto a mi persona como a los nombres proporcionados.

_____ **Divulgación de información** Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo, en cumplimiento con las normas HIPAA.

_____ **Información de privacidad** Como lo requiere la ley, reconozco que se me ha proporcionado acceso a las normas HIPAA en su versión modificada, las cuales están disponibles en la recepción del PPT.

_____ **Cambios de cobertura** Notificará a PPT antes de mi próxima visita cualquier cambio en mi seguro para permitir tiempo para autorización previa y para obtener información de cobertura. Usted es responsable de proporcionar este aviso y puede resultar en cargos completos hasta la fecha en que informe del cambio en el seguro a PPT.

_____ **Valuables personales / Dependientes / Visitantes** Se entiende y acuerda que PPT no es responsable por la pérdida o daño de objetos de valor o propiedades personales. Para maximizar la seguridad, si hay niños presentes, manténgalos alejados del equipo de ejercicio para evitar lesiones. Puede haber excepciones, por favor pregunte si tiene alguna inquietud o pregunta. Haremos todo lo posible para acomodar su horario si usted es un cuidador de niños pequeños.

_____ **Contacto** Está usted de acuerdo que para mantener su cuenta o para coleccionar cualquier cantidad que usted pueda deber o cualquier otra información con respecto a su tratamiento (incluyendo pero no limitado a las citas, información sobre seguros, información sobre el cuidado de la salud, etc.) Nos podemos poner en contacto con usted por teléfono en cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluyendo los números de teléfono celular en el cual podrían resultar en cargos adicionales a usted. También podemos comunicarnos con usted por mensajes de texto o mensajes de correo electrónico utilizando cualquier dirección de correo electrónico o cualquier número de teléfono que nos ha proveído.

_____ **Autorización** Si corresponde, Yo autorizo a PPT a tener una divulgación completa de cualquier acuerdo de solución o hoja de desembolso de mi abogado con respecto a la lesión por la que estoy buscando tratamiento.

Firma del paciente o tutor/representante legal

Fecha

Historial Médico de Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT)

(Las regulaciones federales requieren incluir una historia clínica en su expediente médico)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de la lesión/cirugía: _____ ¿Relacionada con el trabajo? SÍ NO
¿Relacionado con el trabajo? SÍ NO

Queja principal: _____

Tiene usted/o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes:

Diabetes	SÍ	No	Sensible al calor/hielo	SÍ	No
Presión arterial alta	SÍ	No	Actualmente embarazada	SÍ	No
Enfermedad cardíaca	SÍ	No	Otras alergias	SÍ	No
Ataque al corazón	SÍ	No	Cirugía anterior	SÍ	No
Marcapasos	SÍ	No	Hernia	SÍ	No
Dolores de cabeza (crónicos)	SÍ	No	Convulsiones	SÍ	No
Problemas renales	SÍ	No	Implantes metálicos	SÍ	No
Trastornos nerviosos	SÍ	No	Cáncer	SÍ	No
Deficiencias visuales/auditivas	SÍ	No	Neuropatía periférica	SÍ	No
Entumecimiento	SÍ	No	Hormigueo	SÍ	No

Otro/s problema/s de salud pasado/s o presente/s: _____

Enumere las cirugías pertinentes: _____

¿Está actualmente tomando alguna medicación? SÍ _____ No _____

Nombre de la medicación	Condición
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

Médico de atención primaria del paciente:

Nombre del doctor: _____ Domicilio: _____

Número telefónico: _____ Número de Fax: _____

La información anterior es correcta y está completa a mi leal saber y entender

Firma del paciente

Fecha

Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT) Información y Formulario de Consentimiento HIPAA

La Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) proporciona un amparo para proteger su privacidad. La aplicación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han sido nuestra práctica desde hace años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo, en su versión modificada, se puede encontrar en la oficina y está disponible bajo pedido.

De qué se trata todo esto: En concreto, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado sobre su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para ofrecerle servicios de oficina. HIPAA proporciona ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Nosotros equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de ofrecerle un servicio profesional de calidad y cuidado. Información adicional, ilustraciones y la ley completa, que incluye videos educativos, están disponibles desde el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, salvo que sea necesaria para proporcionar los servicios o para asegurar que todas las cuestiones administrativas relacionadas con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros profesionales de la salud, laboratorios, y pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su cuidado. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en registros abiertos y no contendrán ningún tipo de codificación que identifique la condición o información de un paciente que no sea ya pública. El curso normal de la prestación de atención significa que tales registros se pueden dejar, al menos temporalmente, en áreas administrativas tales como la recepción, una sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas ajenas al personal de la oficina. Usted está de acuerdo con los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. No es política de esta oficina recordarle a los pacientes sus citas. Sin embargo, si elegimos hacerlo, podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo postal, o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicitado por usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que informen de cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que le puedan resultar útiles o informativas.
3. La práctica utiliza un número de proveedores en el ejercicio de la actividad. Estos vendedores pueden tener acceso a su PHI, pero deben aceptar cumplir las normas de confidencialidad de HIPAA y a los mismos se les ha ofrecido celebrar contratos comerciales.
4. Usted entiende y está de acuerdo con las inspecciones aleatorias de la oficina y la revisión de los documentos, que puede incluir PHI, por agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted se compromete a llamar la atención del Oficial de Cumplimiento HIPAA o el fisioterapeuta en lo referido a cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad. Si usted cree que no se están escuchando sus quejas o que las mismas no están generando ninguna acción en consecuencia, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS, por sus siglas en inglés).
6. Su información confidencial no será utilizada con fines de venta o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Aceptamos proporcionar a los pacientes el acceso a sus registros en tiempo y forma de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, añadir, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de PPT y del paciente.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información protegida de salud y cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a alterar las políticas internas para cumplir con su solicitud.

Yo, _____, por este medio doy mi consentimiento y expreso mi aceptación de los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento tendrá vigencia desde este momento en adelante a pesar de que puedan realizarse enmiendas.

FECHADO: _____

Formulario de divulgación de información médica

(Formulario de publicación HIPAA)

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Divulgación de información

Autorizo la divulgación de información que incluye el diagnóstico y los registros; examen reproducido a mí e información de reclamos. Esta información puede ser divulgada a:

Esposo(a) _____

Hijo(a) _____

Otro _____

La información no debe ser revelada a nadie

La **divulgación de información** permanecerá en vigencia hasta que sea finalizado por escrito.

Mensajes

Por favor llame: Mi Casa Mi Trabajo Mi Celular

Numero: _____ Si no puede comunicarse conmigo

Puede dejar un mensaje / correo electrónico detallado

Por favor deja un mensaje pidiéndome que devuelva tu llamada

El mejor momento para contactarme es (día) _____ Entre (Hora) _____

También puede enviarme un correo electrónico a: _____

Firmado: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Consentimiento Informado para servicios de Fisioterapia

El objetivo de la terapia física es tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante un examen, evaluación, diagnóstico, pronóstico e intervención mediante el uso de procedimientos de rehabilitación, movilización, masajes, ejercicios y agentes físicos para ayudar al paciente a lograr su máximo potencial dentro de sus capacidades y para acelerar la convalecencia y reducir la duración de la recuperación funcional. Todos los procedimientos serán explicados completamente antes de que se les pida que se realicen.

La respuesta a la intervención de terapia física varía de persona a persona; por lo tanto, no es posible predecir con precisión su respuesta a una modalidad, procedimiento o protocolo de ejercicio. PPT no garantiza cuál será su reacción a un tratamiento específico, ni garantiza que el tratamiento ayude a resolver la condición por la cual estás buscando tratamiento. Además, existe la posibilidad de que el tratamiento físico terapéutico puede agravar los síntomas existentes y causar dolor o lesión. Es muy importante comunicarse con su fisioterapeuta tratante a lo largo de su tratamiento.

Es su derecho a rechazar cualquier parte de su tratamiento en cualquier momento antes o durante tratamiento, si siente alguna molestia o dolor o tiene otras preocupaciones sin resolver. Tiene derecho a preguntarle a su fisioterapeuta sobre el tratamiento que han planeado basado en su historia individual, diagnóstico de terapia física, síntomas y resultados de los exámenes. Por consiguiente, es su derecho discutir los riesgos potenciales y beneficios involucrados en su tratamiento.

He leído este formulario de consentimiento y entiendo los riesgos que conlleva la fisioterapia y cooperar por completo, participar en todos los procedimientos de terapia física y cumplir con el plan establecido de tratamiento. Yo autorizo liberación de mi información médica a terceros apropiados.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha