

¡Bienvenido a SportsCare Physical Therapy! Si usted es un paciente nuevo, necesitará seguir los pasos siguientes:

1. Llame a SportsCare Physical Therapy para reservar su primera cita con una terapeuta para una evaluación.
  - a. Cuando usted llame a SportsCare tendrá que dar la información siguiente:
    - Nombre del paciente
    - Fecha de nacimiento
    - Número de teléfono
    - Médico que le remitió/mandó
    - Parte del cuerpo afectado
    - Nombre de su empresa de seguros
    - Número de teléfono de su empresa de seguros
    - # de identificación de su seguro/# del grupo
    - Nombre del seguro primario/fecha de nacimiento
    - Nombre de su empresa de seguros secundario (si lo tiene)/número de teléfono/# de identificación
2. Su primer cita de evaluación
  - a. El día de su primer cita, usted debe llevar:
    - La prescripción de su médico
    - Tarjeta de identificación con foto
    - Tarjeta de seguros
  - b. Usted debe rellenar las hojas de información del paciente antes de su primer cita (puede imprimirlos desde este sitio o puede llegar 15 minutos antes de su primer cita para rellenarlos)
  - c. Nosotros verificamos su seguro y le informamos si usted tiene un copago, coaseguro, o un depósito de su deducible. Si usted tiene alguno de estos, usted lo debe pagar en cada cita de fisioterapia.
  - d. Si usted no tiene beneficios de su seguro o no tiene seguro, hay otra opción pagar \$85.00 cada cita directamente a SportsCare Physical Therapy.
3. Para pacientes que tienen seguro de compensación a los trabajadores (Workman's Compensation):
  - a. Usted debe presentar una tarjeta de identificación con una foto en su primer cita
  - b. Usted debe obtener autorización de su seguro de compensación a los trabajadores antes de que podamos empezar su evaluación inicial.

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
                    Apellido                      Primer Nombre                      Inicial                      Fecha de nacimiento

Dirección: \_\_\_\_\_  
                    Calle                                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_  
                    Casa                                      Trabajo                                      Celular

SS# \_\_\_\_\_ Sexo: M o F Estado civil: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

(Será utilizado únicamente para informarle de sus citas)

**Horas de trabajo:** A TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO ESTUDIANTE OTRO

**Empleador:** \_\_\_\_\_  
                    Nombre                                      Dirección

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
  Nombre                                      Teléfono

**Persona responsable/encargado (si es distinto de uno mismo):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Sexo: M o F  
  Fecha de nacimiento

SS# \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

---

### **Información del seguro**

#### **Seguro primario:**

\_\_\_\_\_  
Compañía de seguros                      # de póliza de seguro                      # del grupo

\_\_\_\_\_  
Nombre de los asegurados primarios                      Fecha de Nacimiento                      Patrón

#### **Seguro secundario (si lo hay):**

\_\_\_\_\_  
Compañía de seguros                      # de póliza de seguros                      # del grupo

\_\_\_\_\_  
Nombre de los asegurados primarios                      Fecha de Nacimiento                      Patrón

¿Esta lesión está relacionada con su trabajo?                      SÍ                      NO  
¿Esta lesión se debe a un accidente?                      SÍ                      NO

## HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Médico referido:** \_\_\_\_\_

**Médico familiar:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la primera cita con el doctor por esta lesión:** \_\_\_\_\_

**Fecha última de trabajo debido a esta lesión:** \_\_\_\_\_ **Hay abogado implicado en este caso:** SÍ NO

**Fecha en que volvió al trabajo después de esta lesión:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**¿Ha sido tratado con cirugía para esta lesión?** SÍ NO **Número de cirugías:** 1 2 3 4

**Tipo de cirugía:** \_\_\_\_\_ **Lugar de cirugía:** Hospital Clínica de cirugía

**¿Está usted tomando algún/os medicamento/s de prescripción o de no prescripción?** SÍ NO

Antiinflamatorios _____	Lista de medicamentos _____
Relajante muscular _____	_____
Calmantes de dolor _____	_____

**¿Ha recibido usted alguno de los servicios médicos o de rehabilitación para esta lesión/episodio?**

	SÍ	NO		SÍ	NO
El quiropráctico	_____	_____	CT imagen	_____	_____
EMG/NCV	_____	_____	Médico general	_____	_____
Terapia de masaje	_____	_____	Resonancia magnética (MRI)	_____	_____
Myelogram	_____	_____	El neurólogo	_____	_____
Terapia ocupacional	_____	_____	El ortopedista	_____	_____
Terapia física	_____	_____	El podiatra	_____	_____
Cuidados en sala de emergencia	_____	_____	Radiografías/Rayos-X	_____	_____
Otros: _____					

**¿Tiene o ha tenido alguna vez algo de los siguientes síntomas?**

	SI	NO		SI	NO
Asma/bronquitis	_____	_____	Dolor de cabeza frecuente/severo	_____	_____
Respiración débil/dolor del pecho	_____	_____	Dificultades de la visión o del oído	_____	_____
Enfermedad cardíaca/angina coronaria	_____	_____	Entumecimiento o comezón	_____	_____
¿Tiene usted un marcapasos?	_____	_____	Vértigos o desmayos	_____	_____
Presión arterial alta	_____	_____	Sonido anormal en sus oídos	_____	_____
Ataque del corazón o cirugía	_____	_____	Debilidad	_____	_____
Derrame/apoplejía	_____	_____	Pérdida del peso/pérdida de energía	_____	_____
Coágulo de sangre/embolias	_____	_____	Hernia	_____	_____
Epilepsia/asimientos	_____	_____	Tuberculosis	_____	_____
Glándula tiroides/bocio	_____	_____	Alergias	_____	_____
Anemia	_____	_____	Clavijas/implantes de metal	_____	_____
Enfermedad infecciosa	_____	_____	Reemplazo de una articulación	_____	_____
Diabetes	_____	_____	Lesión/cirugía del cuello	_____	_____
Cáncer o quimioterapia/radiación	_____	_____	Lesión /cirugía del hombro	_____	_____
Artritis/articulaciones hinchadas	_____	_____	Lesión /cirugía del codo/la mano	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____	Lesión /cirugía de la espalda	_____	_____
Gota	_____	_____	Lesión /cirugía de la rodilla	_____	_____
Problemas /dificultades para dormir	_____	_____	Lesión /cirugía del tobillo/el pie	_____	_____
Problemas emocionales/ psicológicos	_____	_____	¿Está usted embarazada?	_____	_____
Problemas del intestino o de la vejiga	_____	_____	¿Usted fuma?	_____	_____

**Mencione cualquier otra información que nos ayude en su cuidado:** \_\_\_\_\_

**¿Entiende usted su diagnóstico?** SÍ NO

**¿Cuáles son sus expectativas/metapas para este programa de fisioterapia?**

**Firma del paciente/asegurado principal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de la terapeuta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



Orthopedic Rehabilitation Specialists

## CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, por el presente acuerdo autorizo y doy mi consentimiento a **SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.** para realizar la asistencia médica y el tratamiento a \_\_\_\_\_ considerado necesario y apropiado para el diagnostico o tratamiento de su condición física y mental. Nombre

Paciente/Guardián/Parte Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Asigno por este medio todos los beneficios médicos/quirúrgicos para incluir los beneficios médicos importantes a los cuales me dan derecho, incluyendo Seguro de enfermedad, Medicaid, seguro privado, y pagos de terceros a **SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.** Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como la original. Autorizo por este medio a difundir toda la información necesaria, incluyendo expedientes médicos, para asegurar el pago.

Paciente/Guardián/Parte Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA

Por su comodidad y tranquilidad, mandamos el recibo directamente a su seguro. Usted es completamente responsable de la factura de los servicios proporcionados. Requerimos que las medidas para el pago de su parte estimada sean tomadas hoy. Si su seguro no remite el pago en el plazo de 60 días, la deuda deberá ser abonada por usted en su totalidad. En caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de los pagos realizados, usted será responsable de la cantidad de dinero abonado a su compañía de seguros. En caso de que su compañía establezca unas **tarifas generales y tarifas de cliente** internas, usted será responsable de la diferencia restante. Si se le hace directamente un pago a usted por servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de abonar inmediatamente la misma cantidad a **SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.**

Lo dicho anteriormente puede que no sea aplicable para esos pacientes considerados como Compensación para Trabajadores (Worker's Compensation) o que tengan beneficios con un contrato de facturación de saldo, tal como un HMO. Sin embargo, pida consejo si usted solicita los beneficios de la Compensación para Trabajadores (Worker's Compensation) y se le niegan, ya que usted podría ser considerado como el único responsable de la cantidad total de cargas a pagar por los servicios prestados a su persona.

***SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC. verifica los beneficios del seguro como gesto de cortesía con usted. Sin embargo, SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC. no acepta la responsabilidad de cualquier información incorrecta aportada por su seguro con respecto a sus ventajas de co-pay/co-insurance o planes de ventajas.***

Cuando usted paga con el cheque, usted expresa su autorización **SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.**, si su cheque es **rebotado o con devuelto por cualquier razón**, electrónicamente de su cuenta se deducirá la cantidad del cheque, más el honorario por procedimiento hasta el límite legal máximo del estado (más cualquier impuesto de ventas aplicable). Por favor observa: la información anterior autoriza un acceso electrónico a su cuenta para el cargo de honorario de proceso permitido por el estado. De acuerdo con las reglas del Asociación Nacional Automatizada de la Cámara de Compensación (**National Automated Clearing House Association**), usted puede llamar (888) 235-4635 para revocar la autorización para la transacción electrónica. Esto, sin embargo, no significa que **SPORTSCARE PHYSICAL THERAPY, INC.**, no puede cobrar el honorario por cheque devuelto por otros métodos.

Entiendo y convengo que si no puedo hacer los pagos de los de los cuales soy responsable de una manera oportuna, seré responsable del coste total de reunir el dinero debido, incluyendo el coste del juzgado, la tarifa de la agencia encargada de conseguir el dinero y los honorarios del abogado.

**ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD PARA EL PAGO DE MI CUENTA.**

\_\_\_\_\_  
Paciente/guarda/parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante /testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LA PRIVACIDAD\***

*\*Usted puede rechazar firmar este reconocimiento*

SportsCare Physical Therapy, Inc. utilizará y divulgará información personal sobre su salud para su tratamiento, para el pago por el cuidado que le proporcionamos y para otras operaciones del cuidado médico. Dichas operaciones incluyen generalmente esas actividades que realizamos para mejorar la calidad del cuidado médico.

Hemos preparado un documento detallado sobre la PRÁCTICA DE LA PRIVACIDAD para ayudarle a entender mejor nuestra política sobre el tratamiento de la información personal de su salud.

Los términos del aviso pueden cambiar con el tiempo. Usted podrá encontrar en todo momento el documento actualizado en nuestras instalaciones, en nuestra Web y en copias disponibles para su distribución.

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD.

\_\_\_\_\_  
Por favor, su nombre completo

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but the acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify) \_\_\_\_\_

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

**USTED TIENE DERECHO A OBTENER UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO**  
**Include completed consent in the patient's Medical Record**



## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO-SHOW (anulación de citas o no asistencia a las mismas)**

Bienvenido a SportsCare Physical Therapy. Para acomodar las necesidades de programación de otros pacientes y permitir una correcta planificación de los empleados, requerimos avisos con al menos 24 horas de antelación para cancelar una cita o modificar la hora de la misma.

En caso de cancelación de la cita sin previo aviso de 24 horas, se le cargará un importe por valor de de \$25 directamente a usted (no a su compañía de seguros) y será cobrado antes de la correspondiente visita. Por favor, tenga en cuenta que si realizase múltiples cancelaciones de citas sin el previo aviso de 24 horas, usted podría ser dado de alta de nuestras listas de pacientes.

Además, debido a la gran demanda para las citas del sábado, la no asistencia a una cita este día de la semana o la cancelación de la misma sin previo aviso la mañana del viernes anterior puede impedirle el acceso a nuestros servicios de fin de semana en el futuro.

Le agradecemos el respeto que muestra a nuestros pacientes regulares, a los pacientes puntuales y al personal de servicio cooperando con esta política.

---

Entiendo que la terapia física de SportsCare requiere 24 horas de aviso para la cancelación de citas programadas. Entiendo que soy financieramente responsable de las cancelaciones sin dicho plazo de tiempo y de la no asistencia a las citas y que en este caso se me cargara un importe de \$25.

---

Firma Paciente/Guarda

---

Fecha