

HAIRSTON & DALEY PHYSICAL THERAPY

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

(Por favor Imprimir)

INFORMACIÓN DE PACIENTE					
Nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.		Estado civil (rodee uno) Solo / Casado / Divorciado	
Esta es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No se	Si no, que es su nombre legal?	(Nombre anterior):	Fecha de nacimiento: / /	edad:	sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio:		Seguridad Social no:		Teléfono: () Cellular: ()	
P.O. Box	ciudad:	Estado:		Código postal:	
Ocupacion	El nombre del empleador y dirección:			El telefono del empleador: ()	
Cual es la fecha cuando los síntomas ocurrieron primero:					
Quién lo/la refirió:					

INFORMACIÓN DEL SEGURO					
(Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista.)					
La persona responsable de la cuenta:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Numero de Telefono: ()	
ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:		El Telefono del empleador: ()	
Indique por favor su aseguranza primario:					
Nombre de suscriptor:	Suscriptor seguridad social:	Fecha de nacimiento: / /	Grupo no :	Certificado No:	Co-Pago: \$
La relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> Otro					
El nombre de su aseguranza secundario (si applicable):		Nombre de suscriptor:		Grupo no .:	Certificado No.:
La relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> Otro					

EN CASO DE EMERGENCIA				
El nombre de amigo o pariente locales (no viviendo en la misma dirección) :		Relación :	Telefono: ()	Cellular: ()
El encima de información es verdad según mi leal saber y entender. Autorizo mis beneficios del seguro son pagados directamente al Hairston y Daley. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Autorizo también Hairston y Daley o la compañía de seguros para liberar cualquier información requirió a procesar mis reclamos.				
Firma de paciente/guardian			Fecha	

Hairston & Daley Physical Therapy

HISTORIA DE SALUD
(Por favor imprimir)

Nombre:	Fecha de nacimiento:
----------------	-----------------------------

LA HISTORIA DE LA HERIDA ACTUAL:			
La Queja Principal:			
Escala de dolor:(marque uno)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Fecha de la herida y el comienzo de síntomas:	
Frecuencia y duración del dolor:	Tipo de dolor:(círculo) Quemando Doliendo Agudo Otros: _____		
Localización del dolor:	Qué hace el dolor peor/mejor?		

HISTORIA CLINICA PASADA											
¿ Ha tenido jamás usted el siguiente? Círculo Y o N											
Pequeña viruela	S	N	Migrañas	S	N	Tendencia sangrar	S	N	Enfermedad de tiroides	S	N
Pulmonía	S	N	Tuberculosis	S	N	Problemas de espalda	S	N	Hepatitis	S	N
Fiebre reumática	S	N	Diabetes	S	N	Alta presión	S	N	Enfermedad renal	S	N
Problemas del corazón	S	N	Cáncer	S	N	Presión baja	S	N	Parkinson	S	N
Artritis	S	N	Polio	S	N	Asma	S	N	fumar	S	N
Mono infecciosa	S	N	Bronquitis	S	N	Golpe	S	N	Otro:		
Epilepsia	S	N	Hernia	S	N	Aids/HIV	S	N			

CIRUGÍAS RECIENTES / HOSPITALIZACIONES / ENFERMEDADES GRAVES		
Año	Razón	Hospital

LAS MEDICINAS ACTUALES (INCLUYE SIN RECETA)

El encima de información es verdad según mi leal saber y entender. Autorizo mis beneficios del seguro son pagados directamente al Hairston y Daley. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Autorizo también Hairston y Daley o la compañía de seguros para liberar cualquier información requirió a procesar mis reclamos.

<i>Firma de paciente/guardian</i>	<i>Fecha</i>
-----------------------------------	--------------

LA REVISION DEL TERAPEUTA NOTA

<i>Therapist signature</i>	<i>Fecha</i>
----------------------------	--------------

Hairston & Daley Physical Therapy

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica que usted. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le requerimos que lea y firme antes de su evaluación / tratamiento de terapia física.

En cuanto a planes de seguro de la que somos un **proveedor participante**. Vamos a facturar el seguro para usted. Si su seguro tiene un deducible o co-pago adeudado después de la facturación, nuestra oficina le enviará un comunicado por el saldo adeudado.

Planes de seguros privados se facturan por nuestra oficina como una cortesía a usted. No podemos facturar a su seguro, a menos que nos proporcione una copia de su tarjeta de seguro y la forma de reclamo firmado si es requerido por su compañía de seguros. Si no tenemos la información correcta de su seguro se le asignará el proyecto de ley para usted y será su responsabilidad de cobrar a la compañía de seguros. Si usted decide comprar suministros médicos, debe entender que estos elementos **no son retornables**, y se espera que el pago en el momento de la compra. Nosotros ofrecemos prestamistas a corto plazo en artículos especiales.

Nosotros aceptamos la asignación de **Medicare** pacientes. Esto no quiere decir que Medicare paga su factura en su totalidad. Los pacientes de Medicare deben pagar su deducible anual y son responsables de cualquier parte que su secundaria no cubre. Vamos a la seguro secundario para usted. **Medicare sólo permite \$ 196 0, 00 por año para el tratamiento de terapia física. Th es significa que pagarán \$ 1,568 .00 para terapia física y patología de la lengua combinado.** Hay algunas expectativas para el diagnóstico de certeza. Por favor, consulte con el departamento de facturación para ver si su diagnóstico comprendida en las excepciones señaladas por Medicare. Cualquier cosa más de esta cantidad es la responsabilidad del paciente, si el secundario no recoge los cargos. Si usted decide comprar suministros médicos, debe entender que estos elementos **no** están Se **esperar retornables**, y el pago en el momento de la compra.

Nuestros cargos varían dependiendo de la complejidad del diagnóstico, la cantidad de procedimientos necesarios para su rehabilitación y el tiempo requerido para sus sesiones de terapia.

EVALUACIÓN INICIAL \$ 112.00- \$ 196.00
GASTOS DE TERAPIA por visita \$ 84.00- \$ 184.00

Gracias por la comprensión de nuestra política financiera ti. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entendido la Política Financiera. Estoy de acuerdo en pagar por mis servicios de acuerdo con esta política.

(Firma del paciente o representante personal)

(Fecha)

(Nombre)

(Relación con el paciente)

He recibido una copia de la información anterior.

Hairston & Daley Physical Therapy

HIPPA

(Por favor imprimir)

HIPPA LISTA DE CONTACTOS

Proporciona por favor una lista de personas que pueden preguntar acerca de su fisioterapia. Esta lista puede ser actualizada en su pedido. (Los ejemplos: Las oficinas de la ley, las Escuelas, las Sofás, los Preparadores, los Esposos, los Niños, etc.)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

(Por favor imprimir)

EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTA DE LA PRACTICA DE LA INTIMIDAD

Utilice y la revelación de información protegida de salud es regulada por una ley federal conocida como La Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (Hippa). Bajo Hippa, los proveedores de asistencia sanitaria son requeridos a dar pacientes su Nota de Prácticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud y hace el esfuerzo de buena fe para obtener un reconocimiento escrito que esta nota fue recibida.

Por lo tanto, yo, _____ (Imprimir el nombre del paciente o representante personal),reconocer que **Hairston and Daley Physical Therapy** ha proporcionado una copia escrita de su Nota de Prácticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud a (verifica uno) yo mismo representante personal:

(Si la firma como representante personal, la documentación de su derecho legal de hacerlo debe ser proporcionado).

(Firma paciente o representante personal)

(Fecha)

(Nombre)

(Relación con el paciente)

SER COMPLETADO POR HAIRSTON AND DALEY PHYSICAL THERAPY

Hicimos una tentativa de buena fe para proporcionar el encima de paciente con una copia de nuestra Práctica de la Intimidad de Nota para la Información Protegida de la Salud, pero nosotros no fuimos exitosos para la razón siguiente:

(Firma del empleado)

(Fecha)

(Nombre)

(Título)

Hairston & Daley Physical Therapy

EL RESUMEN DE NOTA DE LA INTIMIDAD PRACTICA

Una nueva ley federal conocida como la Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA") entra la fuerza en el 14 de abril de 2003. Somos requeridos a darle una copia impresa de nuestra Nota de Prácticas de Intimidad. Para su conveniencia, nosotros proporcionamos este resumen breve. Cada sección tiene una sección correspondiente en nuestra Nota repleta, que nosotros le alentamos a leer en su totalidad. Somos requeridos a pedir que usted firmar un antiguo reconocimiento que usted ha recibido nuestra Nota repleta.

Sus Derechos como un Paciente. Usted tiene muchos nuevos y los derechos importantes con respecto a su información protegida de la salud. Estos son resumidos abajo y descritos con todo detalle en nuestra Nota repleta de Prácticas de Intimidad.

El uso de Información Protegida de Salud. Somos permitidos utilizar su información protegida de la salud para propósitos de tratamiento, para facilitar nuestro ser pagado, y para realizar nuestro negocio y evaluar la calidad y la eficiencia de nuestros procesos. También, somos permitidos revelar información protegida de salud bajo circunstancias específicas a otras entidades. Hemos puesto en salvaguardias de lugar para proteger la intimidad de su información de la salud. Sin embargo, es posible que haya las revelaciones casuales de información limitada, tal como oyendo por casualidad una conversación, eso ocurre en el curso de comunicaciones autorizadas, del tratamiento rutinario, del pago, o de las operaciones de nuestra práctica. HIPAA reconoce que tales revelaciones pueden ser muy difíciles de evitar enteramente, y los considera como permisible. Para las entidades que no son cubiertas bajo HIPAA a que debemos mandar la salud protegida información para el tratamiento, para el pago, o para propósitos operacionales, nosotros requerimos que ellos firman un contrato en el que ellos concuerdan en proteger la confidencialidad de esta información.

Las revelaciones de Información Protegida de Salud que Requiere Su Autorización. Para las revelaciones que no son relacionadas al tratamiento, al pago, ni a las operaciones, nosotros obtendremos su consentimiento escrito específico, sino como descrito abajo.

Las revelaciones de Información Protegida de Salud no Requiriendo Su Autorización. Somos requeridos por el estado y la ley federal a hacer las revelaciones de cierta información protegida de la salud sin obtener su autorización. Los ejemplos incluyen la cobertura puesta bajo el mandato de las condiciones que afectan sanitaria, las citaciones, y otros pedidos legales.

Comunicación a Usted de Información Confidencial por Medios Alternativos. Si usted hace un pedido escrito, nosotros le comunicaremos información confidencial a usted por medios alternativos razonables, o a una dirección alternativa.

Las restricciones para Utilizar y la Revelación. Usted puede solicitar las restricciones al uso o la revelación de su información protegida de la salud, pero de nosotros no somos requeridos por HIPAA a concordar a tales pedidos. Sin embargo, si concordamos, entonces tenemos que honrar su pedido. En el curso de nuestro uso y la revelación de su información protegida de la salud, sólo la cantidad mínima de tal información será utilizada para alcanzar la meta destinada.

Conseguir acceso a la Información Protegida de la Salud. Usted puede solicitar el acceso a o a una copia de sus historiales médicos en la escritura. Proporcionaremos éstos dentro del período de tiempo especificaron, a menos que estemos prohibidos bajo HIPAA o por la ley aplicable del estado proporcione tales registros. Si negamos el acceso, nosotros le diremos por qué. Usted puede apelar esta decisión, que, bajo circunstancias especificadas, será revisado por un terceros no implicado en la negación.

Las enmiendas a Historiales médicos. Usted puede solicitar en la escritura que las correcciones son hechas a sus historiales médicos. Hacemos o aceptamos las enmiendas, y notificamos los partidos apropiados, o negamos su pedido con una explicación. Usted tiene los derechos de disputar tales negaciones y tener sus objeciones notadas en su historial médico.

La contabilidad de Revelaciones de Información Protegida de Salud. Usted puede solicitar a escribir una contabilidad de revelaciones de su información protegida de la salud. Esta contabilidad excluye las revelaciones hechas en el tratamiento, en el pago, o en las operaciones, y las revelaciones que fueron hechas a consecuencia de su autorización escrita.

Otros Usos de Su Información de la Salud. Los usos opcionales, como permitido bajo HIPAA, son listados en nuestra Nota completa de Prácticas de Intimidad.

Cómo Alojarse las Quejas Relacionadas a Infracciones Percibidas de Sus Derechos de la Intimidad. Usted puede registrar una queja acerca de cualquiera de nuestras prácticas de la intimidad con nuestro Funcionario de la Intimidad o con el Secretario de Servicios de Salud y Humano sin el temor de la venganza, de la coerción, o de la intimidación.