



Crescent Physical Therapy, P.C.
Formulario de Admisión - Medicaid HMO

Información del paciente

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Sexo: Masculino/Femenino

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Médico primario/familiar: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Información de seguro y facturación

Nombre del seguro Medicaid HMO: _____

NOTA: Medicaid puede no pagar fisioterapia si usted tiene otro seguro secundario. Entregue todas sus tarjetas de seguro y divulgue cualquier otra cobertura para que la oficina pueda verificar la coordinación de beneficios.

¿Tiene algún otro seguro privado, por ejemplo United, Oxford, BCBS, Anthem o CIGNA? Sí ____ No ____

Certifico que no tengo otro seguro además del Medicaid indicado arriba.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Crescent Physical Therapy P.C. - Cuestionario de Historia Médica

¿Faltó al trabajo debido a ESTA lesión? Sí ____ No ____

Si respondió Sí, fecha(s) de ausencia laboral: _____

¿Toma medicamentos recetados o sin receta para ESTA lesión? Sí ____ No ____

Si respondió Sí, enumérelos: _____

¿Toma medicamentos recetados o sin receta para OTRAS condiciones médicas? Sí ____ No ____

Si respondió Sí, enumérelos: _____

¿Se ha realizado alguno de estos estudios? CT ____ EMG ____ MRI ____ Rayos X ____

Si tiene los informes finales de estos estudios, entregue una copia en recepción.

¿Tiene o ha tenido ALGUNA de las siguientes condiciones?

Presión arterial alta ____ Diabetes ____ Cirugía ____ Cáncer ____ Marcapasos ____ Ataque cardíaco ____ Implantes/pines metálicos ____ Coágulo/embolia ____

Enumere cualquier antecedente médico relevante no indicado arriba:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Certificación de No-Compensación Laboral / No-Accidente Automovilístico / No-Fault

¿La lesión por la que desea tratamiento está relacionada con el trabajo? Sí ____ No ____

¿Está relacionada con un accidente de automóvil? Sí ____ No ____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Atención y Tratamiento

Yo, _____, doy permiso al personal autorizado de Crescent Physical Therapy, PC para proporcionar tratamiento de fisioterapia considerado práctica médica prudente para mi enfermedad, lesión o condición. Algunos tratamientos pueden requerir proximidad y/o contacto manual.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

POLITICA DE FACTURACION, DIVULGACION Y AUTORIZACION

Autorizo a Crescent Physical Therapy, PC o a sus representantes (DR Advantage, LLC) a facturar directamente a mi compañía de seguros por la parte cubierta de los cargos, y autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Crescent Physical Therapy, PC. Autorizo a Crescent Physical Therapy, PC o a sus representantes a divulgar información médica u otra información necesaria para procesar este reclamo. Entiendo que en última instancia soy responsable de los cargos de fisioterapia y acepto pagar mi coseguro, copago, cualquier deducible aplicable y cualquier cargo no reembolsado por mi aseguradora. Entiendo que algunas aseguradoras requieren autorización médica o administrativa previa para el tratamiento o tienen límites de reembolso para fisioterapia. Entiendo que soy responsable de conocer y cumplir los requisitos de mi plan de seguro, o los requisitos acordados mutuamente entre Crescent Physical Therapy, PC y yo. Entiendo que si los cheques del seguro me son enviados, debo endosarlos y hacerlos pagaderos a Crescent Physical Therapy, PC.

Pague el saldo total al momento del servicio o al recibir un estado de cuenta o aviso mensual. Si no puede pagar el saldo completo, intentaremos establecer un plan de pagos razonable y aceptable para ambas partes. Crescent Physical Therapy, PC no es garante de crédito; el incumplimiento de dichos acuerdos puede resultar en el envío de su cuenta a una agencia de cobro y puede generar cargos.

Acuerdo de pago: Yo, el abajo firmante, acepto la tarifa cobrada como una deuda legal y válida y acepto pagarla, incluyendo cualquier tarifa de agencia de cobro (33.33%), honorarios de abogado y/o costos judiciales, si fueran necesarios.

AVISO: Informaré inmediatamente a Crescent Physical Therapy, PC de cualquier cambio en mi cobertura de seguro. Entiendo que soy responsable de los importes no pagados cuando la información de cobertura proporcionada sea incompleta o incorrecta.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE USARSE O DIVULGARSE SU INFORMACION MEDICA Y PERSONAL Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISE ESTE FORMULARIO CUIDADOSAMENTE.

NUESTRO DEBER LEGAL

Crescent Physical Therapy, PC tiene la obligación legal de proteger la privacidad de su información personal y de salud, proporcionar aviso sobre nuestras prácticas de manejo de información y seguir los protocolos de información descritos a continuación.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

Crescent Physical Therapy, PC utiliza su información personal de salud principalmente para tratamiento, obtención de pago por el tratamiento, actividades administrativas internas y evaluación de la calidad de la atención que brindamos. Utilizamos su información personal para comunicarnos con usted a fin de coordinar citas y facturar correctamente a su aseguradora por los servicios prestados. Crescent Physical Therapy, PC puede utilizar los números de teléfono que usted proporcione, dejar mensajes o correos de voz, o enviar correspondencia a su domicilio acerca de citas, facturación u otra correspondencia necesaria, marcada como personal y confidencial. Además, de vez en cuando podemos divulgar información de salud sin autorización previa para fines de salud pública, auditoría, seguimiento y estudios de investigación. En cualquier otra situación, Crescent Physical Therapy, PC obtendrá su permiso y autorización por escrito antes de divulgar su información personal de salud. Si usted proporciona autorización escrita para divulgar su información por cualquier motivo, posteriormente puede revocar esa autorización para detener futuras divulgaciones. Si se realizan cambios en nuestras políticas de privacidad y confidencialidad, se publicará un nuevo Aviso de Prácticas de Información en el mismo lugar para consulta pública. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Información en cualquier momento. El Oficial de Cumplimiento HIPAA es Khurram Khan. Puede comunicarse con él al 718-545-0999.

DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

Usted tiene derecho a obtener una copia de su información personal de salud en cualquier momento. Tiene derecho a solicitar que corriamos información inexacta o incompleta en sus registros. También tiene derecho a solicitar una lista de ocasiones en que divulgamos su información personal de salud por motivos distintos del tratamiento, pago o fines administrativos, excepto cuando usted lo haya autorizado específicamente, cuando lo exija la ley o en una emergencia. Crescent Physical Therapy, PC considerará estas solicitudes caso por caso. La compañía no está legalmente obligada a aceptar todas las solicitudes.

INQUIETUDES Y QUEJAS

Si le preocupa que Crescent Physical Therapy, PC haya violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con decisiones que hayamos tomado con respecto al acceso o divulgación de su información personal de salud, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA, Khurram Khan, en la dirección y teléfono indicados a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Crescent Physical Therapy, PC

Atención: Khurram Khan / Oficina de Cumplimiento HIPAA / 718-545-0999

21-24 30th Ave Suite C-1, Astoria, NY 11102

Autorizo que toda la información médica y personal sea divulgada en mi nombre al servicio de facturación de Crescent Physical Therapy, DR Advantage. El uso se limita a la codificación de condiciones médicas con el propósito expreso de generar una factura para la aseguradora del paciente.

Yo _____ reconozco que he recibido, leído y comprendido la información referente a los procesos de información del paciente de Crescent Physical Therapy, PC. Mi firma permite a Crescent Physical Therapy, PC utilizar mi información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Solicitudes especiales para comunicación confidencial: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CRESCENT PHYSICAL THERAPY P.C. POLITICA DE PUNTUALIDAD Y CANCELACION

Para que cada paciente obtenga el máximo beneficio de la fisioterapia, es de absoluta importancia asistir regularmente. Por lo general, los pacientes acuden de 2 a 3 veces por semana, dependiendo de la frecuencia recomendada por su médico.

Todos los pacientes deben llegar a tiempo a su cita programada. Si llega tarde, **debe llamar** para informar a Crescent Physical Therapy P.C. de su hora aproximada de llegada.

Si necesita cancelar su cita, **debe llamar** para informar a Crescent Physical Therapy P.C. ese mismo día.

Si no llama para cancelar su cita, tendremos que cobrarle una tarifa de cancelación de **\$10.00**.

Gracias por su cooperación.

Entiendo la política anterior de puntualidad y cancelación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

NO COMPLETE DEBAJO DE ESTA LINEA. INFORMACION PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA OFICINA.

Revisado por empleado de Crescent Physical Therapy, PC

Iniciales/Firma del empleado: _____ Fecha: _____