



Crescent Physical Therapy, P.C.
Formulario de Admisión - Accidente No-Fault

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: _____

INFORMACION NO-FAULT

Nombre del seguro: _____

Número de reclamo: _____

Número WCB: _____

Fecha del accidente/lesión: _____

Nombre del ajustador: _____

Teléfono del ajustador: _____

Dirección del ajustador: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

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

¿Tuvo cirugía por ESTA lesión? Sí ____ No ____

Tipo de cirugía/fecha: _____

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

Enumérelos: _____

¿Toma medicamentos para OTRAS condiciones médicas? Sí ____ No ____

Enumérelos: _____

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

Si tiene los informes, entregue una copia en recepción.

Antecedentes: Presión alta ____ Ataque cardíaco/cirugía ____ Marcapasos ____ Coágulo/embolia ____ Implantes/pines ____ Diabetes ____
Cáncer ____ Embarazo ____

Otros antecedentes pertinentes: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PARA ESTE ACCIDENTE: ¿Recibió fisioterapia anteriormente? Sí ____ No ____

Fecha: _____ Total de visitas utilizadas: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Examen Médico Independiente

Para este accidente, tengo programado un Examen Médico Independiente con un médico que representa a No-Fault el: _____ (fecha). Si aún no está programado, informaré a recepción cuando reciba la fecha.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Atención y Tratamiento

Yo, paciente/tutor, 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.

Yo, el paciente, soy responsable de informar inmediatamente a Crescent Physical Therapy, PC sobre cualquier cambio en mi seguro.

Cualquier cargo no reembolsado por mi seguro me será facturado y será mi gasto de bolsillo.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR AL PACIENTE POR TELEFONO

Usted acepta que, para atender su cuenta o cobrar importes que pueda adeudar, Crescent Physical Therapy, PC y/o nuestros agentes pueden comunicarse con usted por teléfono a cualquier número asociado con su cuenta, incluidos números móviles, lo que podría generar cargos. También podemos comunicarnos mediante mensajes de texto o correo electrónico usando cualquier dirección que usted nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados o artificiales y/o el uso de dispositivos automáticos de marcación o mensajería, según corresponda. He leído esta divulgación y acepto que Crescent Physical Therapy, PC, sus empleados y/o agentes pueden comunicarse conmigo de la manera descrita.

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: _____

LEY DE SEGURO NO-FAULT DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE NUEVA YORK

VERIFICACION DE TRATAMIENTO POR MEDICO TRATANTE U OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD

(Este formulario no es para verificar tratamiento hospitalario)

Nombre y dirección de la aseguradora o autoasegurador: _____

Nombre, dirección y teléfono del representante de reclamos: _____

Proveedor: Khurram Khan / Crescent Physical Therapy

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

Complete y presente este formulario tan pronto como sea razonablemente posible y dentro de los plazos aplicables de la póliza. Si no está seguro del plazo aplicable, comuníquese con el representante de reclamos.

5. Diagnóstico y condiciones concurrentes: _____

6. ¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez? Fecha: _____

7. ¿Cuándo informó el paciente por primera vez de esta condición? Fecha: _____

8. ¿El paciente ha tenido alguna vez la misma condición o una similar? Sí ____ No ____

Si respondió Sí, indique cuándo y describa: _____

9. ¿La condición es únicamente resultado de este accidente automovilístico? Sí ____ No ____

Si respondió No, explique: _____

10. ¿La condición se debe a una lesión surgida del empleo del paciente? Sí ____ No ____

11. ¿La lesión dará lugar a desfiguración significativa o discapacidad permanente? Sí ____ No ____ No determinable en este momento

Si respondió Sí, describa: _____

12. Paciente totalmente discapacitado (no puede trabajar): Desde _____ Hasta _____

13. Si continúa discapacitado, el paciente debería poder regresar al trabajo el: _____

NYS FORM NF-3 (Rev 1/2004) - Traducción al español del contenido del formulario

VERIFICACION DE TRATAMIENTO - PAGINA 2

14. ¿Requerirá el paciente rehabilitación y/o terapia ocupacional como resultado de las lesiones de este accidente? Sí ____ No ____

Si respondió Sí, describa su recomendación: _____

15. SERVICIOS PRESTADOS - Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Lugar del servicio: 21-24 30th Ave Suite C-1, Astoria, NY 11102

Descripción: Evaluación de fisioterapia / Terapia manual / Estimulación eléctrica / Ejercicios terapéuticos

Código(s) de tratamiento: _____ Cargos: _____

Cargos totales a la fecha: _____

Relación comercial del proveedor tratante: Independiente ____ Contratista ____ Otro ____

17. Si el proveedor es una corporación profesional o usa un nombre comercial, indique propietarios y credenciales profesionales:

Khurram Khan, Physical Therapist

18. ¿El paciente continúa bajo su atención por esta condición? Sí ____ No ____

19. Duración estimada del tratamiento futuro: _____

AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS: Autorizo el pago de beneficios de salud al proveedor de atención médica o proveedor de servicios abajo firmante por los servicios descritos. Conservo todos los derechos, privilegios y recursos a los que tengo derecho conforme al Artículo 51 de la Ley de Seguros.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

NYS FORM NF-3 (Rev 1/2004) - Traducción al español del contenido del formulario

VERIFICACION DE TRATAMIENTO - PAGINA 3

El proveedor de salud puede acordar que usted ceda directamente al proveedor su derecho a recibir beneficios No-Fault de su aseguradora (Cesión de Beneficios). Si usted y el proveedor acuerdan una cesión, ambos deben firmar el acuerdo correspondiente o el formulario NF-AOB prescrito o equivalente.

CESION DE BENEFICIOS NO-FAULT: Por la presente cedo al proveedor de atención médica indicado abajo todos los derechos, privilegios y recursos para el pago de servicios de atención médica prestados por el cesionario a los que tengo derecho conforme al Artículo 51 de la Ley de Seguros. El cesionario certifica que no ha recibido pago de parte del cedente ni en su nombre y que no buscará pago directamente del cedente por servicios relacionados con lesiones del accidente automovilístico, salvo según lo permitido por la ley y las condiciones aplicables de la póliza.

Nombre del paciente (Cedente): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Proveedor de servicios de salud (Cesionario): Khurram Khan

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

¿Se ejecutó previamente una autorización o cesión original? Sí _____ No _____

¿La firma original de las partes está archivada? Sí _____ No _____

AVISO SOBRE FRAUDE DE SEGUROS: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud o reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte información material con el propósito de engañar, puede cometer un acto fraudulento de seguro sujeto a sanciones penales y civiles conforme a la ley de Nueva York.

Fecha: _____ Firma del proveedor: _____ TRS/TIN: 20-3072350

NYS FORM NF-3 (Rev 1/2004) - Traducción al español del contenido del formulario

LEY DE SEGURO NO-FAULT DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE NUEVA YORK

FORMULARIO DE CESION DE BENEFICIOS

(Para accidentes ocurridos el 1 de marzo de 2002 o después)

Yo, _____ ("Cedente"), cedo por la presente a **Khurram Khan** ("Cesionario") todos los derechos, privilegios y recursos para el pago de servicios de atención médica prestados por el Cesionario a los que tengo derecho conforme al Artículo 51 (estatuto No-Fault) de la Ley de Seguros.

El Cesionario certifica que no ha recibido ningún pago de parte del Cedente ni en su nombre y que no buscará pago directamente del Cedente por servicios prestados por lesiones sufridas debido al accidente automovilístico ocurrido el _____, salvo según lo permitido por la ley y las condiciones aplicables.

Este acuerdo puede ser revocado por el Cesionario cuando los beneficios no sean pagaderos por falta de cobertura del Cedente y/o violación de una condición de la póliza debida a las acciones o conducta del Cedente.

AVISO SOBRE FRAUDE DE SEGUROS: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud o reclamo con información materialmente falsa u oculte información material puede cometer un acto fraudulento de seguro sujeto a sanciones penales y civiles conforme a la ley de Nueva York.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección del paciente: _____

Proveedor: Khurram Khan / Crescent Physical Therapy

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

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

NYS FORM NF-AOB (Rev 1/2004) - Traducción al español del contenido del formulario