

GARDENA PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION CENTER
1045 W REDONDO BEACH BLVD., #130 Gardena, CA. 90247 (310) 329-1444

Fecha: _____ Médico Tratante: _____
Referido Por: _____ # Teléfono del Médico: _____

Su nombre: _____ Mujer/Hombre Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección: _____ apt _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Donde lo podemos contactar? (marque una casilla) Podemos dejarle mensajes? si no
Tef Casa: _____ Telf. Trabajo: _____ Celular: _____
SSN: _____ - _____ - _____ Licencia Conducir#: _____ Email: _____
Fecha de ocurrencia lesion/acidente/síntomas: _____ Casado/Soltero/Viudo/Divorciado
Area a ser tratada: _____

SEGURO MÉDICO PRIVADO

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ teléfono #: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Relación de asegurados: _____ número de póliza #: _____ Grupo#: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Empleador actual: _____ teléfono #: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Título profesional: _____ ¿Cuánto tiempo Empleado: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Pariente / Amigo Local: _____ Relación: _____
Dirección: _____ # teléfono: _____
Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si lo estamos tratando por una lesión laboral, personal o autolesión, favor llene las secciones siguientes

INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN DEL EMPLEADO (Si es lesion laboral complete esta sección)

Empleador al momento de esta lesión: _____ # teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Agencia de Seguro Comp Empleado: _____ #
teléfono: _____
Dirección Reclamo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Ajustador: _____ # teléfono: _____ Ext#: _____
reclamo: _____ WCAB#: _____

INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Nombre del Abogado: _____ # teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE LESIÓN PERSONAL

Nombre Compañía de Seguros: _____ # teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____
Persona de Contacto: _____ Poliza #: _____ Grupo #: _____
Cobertura de Pago Med: Sí / No Si si, cuanto? _____ Nombre de Acusado: _____
Compañía de Seguros de Acusado: _____ # teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN Y LA ASIGNACIÓN DE PAGAR AL PROVEEDOR DIRECTAMENTE

Por la presente autorizo Gardena Physical therapy & Rehab Center / Jana VanSurksum PT, para proporcionar información a las compañías de seguros y / o médicos de referencia o de familia con respecto a mi condición y los tratamientos prestados. Por la presente autorizo el pago directamente a la mencionada anteriormente de los beneficios de seguro de otro modo pagaderos a mí. Entiendo y acepto que, (a pesar de mi condición de seguro), soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información en esta hoja y he completado las respuestas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo notificaré sobre cualquier cambio en la información anterior.



Formulario de Consentimiento de Información del Paciente

He leído y entiendo completamente el Aviso de Prácticas de Información de Gardena Physical Therapy. Entiendo que Gardena Physical Therapy puede utilizar o divulgar mi información personal de salud a los efectos de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y las actividades administrativas relacionadas con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y divulgación de mi información personal de salud para tratamiento, pago y actividades administrativas si notifico a la práctica. También entiendo que Gardena PT examinará las solicitudes de restricción en una base de caso por caso pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricciones.

Por este medio doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información personal de salud para los fines señalados en el Aviso de Prácticas de Información. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificando a la práctica por escrito en cualquier momento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

También autorizo a Gardena Physical Therapy para usar mi información protegida de salud, marketing dirigido, recaudación de fondos y/o solicitud de participación en estudios de investigación. También entiendo que la autorización no afecta mi consentimiento para usar mi información protegida de salud para tratamiento, facturación, u operaciones relacionadas con el tratamiento y la facturación.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PERSONAS DESIGNADAS

Por la presente, autorizo a todas las partes designadas a continuación para solicitar y recibir la liberación de cualquier información protegida de operaciones relacionadas con el tratamiento y el pago. Entiendo que la identidad de las partes designadas debe ser verificada antes de la liberación de cualquier información (cónyuge, pariente, o amigo)

Designados Autorizados:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha



Política Financiera

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO: Su Fisioterapeuta completará una evaluación mediante un examen y una entrevista. Entonces se diseñara su programa de entrenamiento individual. Se podrá utilizar una variedad de técnicas de tratamiento. Yo, el firmante, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que Gardena Physical Therapy suministre cuidados y tratamiento de fisioterapia que considere necesario y apropiado para evaluar y tratar mi condición física.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: Por la presente autorizo a Gardena Physical Therapy para proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a este tratamiento y por este medio asigno todos los pagos por los servicios prestados.

RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN DE EMPLEADOS: Si usted reclama beneficios de compensación para empleados y posteriormente se le niegan dichos beneficios, usted puede ser considerado responsable por el monto total de los cargos por los servicios que se le prestaron.

RECLAMOS HMO: Entiendo que soy elegible para beneficios a través de mi póliza HMO. Entiendo que mi Grupo Médico IPA elegido para mis beneficios es el que aparece en mi autorización. Estoy consciente de que si lo anterior no es cierto o si ocurrieran cambios en el tratamiento, yo (o la persona económicamente responsable por mí) soy responsable por todos los gastos relacionados por los servicios que me proporcionaron. Estoy de acuerdo que si cambia mi grupo médico IPA y yo no tengo una autorización vigente de su oficina, yo (o la persona económicamente responsable por mí), pagará la totalidad de todos esos cargos.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN O NO PRESENTACIÓN: Nosotros requerimos una notificación de 24 horas en caso de una cancelación. El cargo por la primera cancelación o no presentación sin un previo aviso apropiado es de \$ 25. La tarifa por cualquier ocurrencia a partir de entonces será de \$ 40. Este cargo no será cubierto por el seguro, pero tendrá que ser pagado por usted personalmente antes de recibir tratamiento adicional. Entendemos que pueden ocurrir situaciones de emergencia, en caso de que usted tenga una emergencia, por favor póngase en contacto con la oficina.

POLÍTICA FINANCIERA: Nosotros facturamos a su compañía de seguro personal como una cortesía para usted. Usted es responsable de su factura. Solicitamos que los arreglos para el pago de su parte estimada se hagan en cada visita. Si su Compañía de Seguro no nos remite el pago dentro de los 60 días, la totalidad del saldo adeudado le puede ser cargado a usted. Si la compañía de seguros le hace cualquier pago directamente a usted por los servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de remitirnos prontamente los pagos. Si se hacen necesarios los procedimientos de recolección formales, usted será responsable de los gastos adicionales incurridos. Si su cheque es devuelto se cobrará una tarifa de \$ 15.00 por la devolución del cheque. Sus beneficios de seguro como han sido cotizados a nosotros por su compañía de seguro es esta cotización. Hemos revisado estos beneficios con usted y usted es compromete a pagar su parte de esta factura. Todos los co-pagos se vencen antes de cada tratamiento de fisioterapia. Cualquier saldo no pagado por más de 60 días puede ser referido a cobros e incurrirá en una tarifa de \$ 15.

Por cualquier solicitud personal de sus registros se le cobrará una tarifa. La tarifa por los registros comienza en \$ 15.00 y se basa en el tamaño de su expediente.

Haremos lo posible por confirmar su cobertura de seguro antes de su tratamiento. Es su responsabilidad el proporcionar información de seguro vigente y precisa, incluyendo todas las actualizaciones o cambios en la cobertura. En caso de no proporcionar esta información, usted será económicamente responsable. Cualquier cambio realizado a su plan de seguro, grupo médico y médico se nos debe comunicar por escrito antes de los servicios prestados. Cualquier negación de servicios debido a los cambios realizados después del inicio de servicios será la responsabilidad del paciente.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR: Como padre y/o tutor legal, autorizo a Gardena Physical Therapy para tratar al paciente menor nombrado en los formularios adjuntos mientras yo no esté presente

<i>Co-Pago</i>	<i>Co-Seguro</i>

La información anterior me ha sido leída y explicada. ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE MI CUENTA.

Nombre del Paciente (impreso)

Fecha

Firma del Paciente/ Tutor/ Parte Responsable

Relación

Fecha



*UNA PALABRA ESPECIAL A NUESTROS PACIENTES
ACERCA DE SU TIEMPO DE RESERVA CON NOSOTROS*

La calidad única de nuestra firma se demuestra por el alto nivel de atención profesional proporcionado a cada uno de nuestros pacientes. Debido a que la atención es costosa y la calidad de atención no debe verse comprometida, nosotros proporcionamos cuidado profesional práctico directo de Fisioterapeutas y Asistentes de Fisioterapeutas licenciados. Su cita en realidad es una reservación. Nosotros creemos, y confiamos en que si un paciente dice que va a llegar a una reservación estará aquí en nuestra oficina a tiempo. Esto significa que nosotros vamos a mantener su reserva especialmente para usted y no se la dará a otro paciente. Si usted no cumple con su reservación, nosotros todavía tenemos que pagar a nuestro personal profesional que estaba disponible por usted.

Por favor entienda nuestra política relacionada a su reservación.

1. No habrá sanción para los pacientes que cancelen su reservación con veinticuatro (24) horas de anticipación. Gracias por su cortesía. Le reprogramaremos para otra fecha. Las emergencias se entenderán y no se aplicará esta política.
2. **Si usted cancela su reservación con menos de veinticuatro (24) horas de anticipación se le cobrará \$ 25 por la primera vez que no asista a su reservación y \$ 40 por otras reservaciones adicionales no cumplidas.** Recuerde, nuestros costos continúan independientemente de si usted es o no tratado. Si no tenemos la oportunidad de tratarlo, entonces no podemos facturar a su seguro. Por favor entienda que los cargos por reservaciones perdidas nunca están cubiertos por ningún tipo de cobertura de seguros, y estos gastos saldrán directamente de su bolsillo.
3. Si usted ha sido lesionado en el trabajo y/o está patrocinado por el Seguro de Compensación al Trabajador, tenga en cuenta que estamos en la obligación de notificar a su compañía de seguros y a su médico cuando usted no cumplió con una reservación para fisioterapia sin la debida notificación.

Realmente nosotros no queremos aplicar ninguna de las reglamentaciones que se encuentran en esta carta. Nuestro objetivo es lograr la más alta calidad de cuidados de una manera eficiente y oportuna. Esperamos que usted entienda nuestra posición en estos asuntos delicados y esperamos poder trabajar con usted.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha