

New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, LLC.

Fecha: _____
Nombre (Apellido) _____ (M) _____ (Nombre) _____ # de Seguro Social: _____
Dirección de la calle del paciente: _____ Teléfono de casa: (____) _____
Dirección postal del paciente: _____ Teléfono celular: (____) _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Mensaje de texto ¿Recordatorios? NO SÍ _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____ (S) Soltero (M) Casado (D) Divorciado (W) Viudo
Empleador del paciente: _____ Teléfono del trabajo: (____) _____
Dirección del Empleador: _____ Ciudad / Estado / Código postal _____
Nombre del esposo(a) o padre: _____ Número de teléfono: (____) _____
Dirección del esposo(a) o padre: _____ Ciudad / Estado / Código _____

Persona para notificar en caso de emergencia _____
Relación _____ Teléfono _____

Doctor de Referencia _____ Ciudad / Estado _____

Médico de familia _____ Ciudad / Estado _____

¿ESTO FUE UN ACCIDENTE / LESIÓN? NO _____ SÍ _____ FECHA DEL ACCIDENTE / LESION: _____

(Debemos tener FECHA si accidente/lesión)

Si la respuesta es SÍ, por favor circule el tipo de accidente/lesión: **Compensación al Obrero** **Deportes** **Vehículo** **Otro** _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE SI USTED NO TIENE UNA TARJETA PARA COPIAR

(Por favor presente las tarjetas del seguro a la recepcionista) Debemos tener la información del empleador para propósitos del Seguro.

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO _____ Nombre del Grupo _____

Dirección del Seguro _____ Ciudad / Estado _____ Código _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA _____ POLIZA# _____

EMPLEADOR DEL ASEGURADO _____ GRUPO # _____

Relación del paciente con el asegurado Sí mismo Cónyuge Niño FDN **DUEÑO DE LA POLIZA** _____

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO _____ Nombre del Grupo _____

Seguro Dirección _____ Ciudad / Estado _____ Código _____

NOMBRE DEL DUEÑO DE LA POLIZA _____ POLIZA # _____

EMPLEADOR DEL ASEGURADO _____ GRUPO # _____

Relación del paciente con el asegurado Sí Mismo Cónyuge Niño FDN **DUEÑO DE LA POLIZA** _____

SI ESTO ES UNA RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADOR, A DÓNDE ENVÍAMOS LAS CUENTAS:

Nombre de la empresa: _____ Número de reclamo: _____

Dirección _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Administrador del caso: _____

Complete esta sección si el paciente es menor de 19 años y / o si es estudiante universitario de tiempo completo

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Dirección de la madre: _____ Dirección del padre: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Número de teléfono de la madre: (____) _____ Número de teléfono del padre: (____) _____

Teléfono Alternativo de la Madre: (____) _____ Teléfono Alternativo del Padre: (____) _____

Empleador de la madre: _____ Empleador del padre: _____

Dirección del empleador: _____ Dirección del padre: _____

Teléfono del empleador: _____ Teléfono del padre: _____

Fecha de nacimiento: _____ # SS: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____

Garantizador de esta cuenta: Sí _____ No _____ Garantizador de esta cuenta: Sí _____ No _____

Padre Custodial (marque con un círculo): MADRE PADRE AMBOS OTRO: _____

El paciente arriba mencionado tiene una condición que requiere diagnóstico y tratamiento y por la presente doy mi consentimiento a los procedimientos diagnósticos y al tratamiento que juzguen necesario los fisioterapeutas de New West Orthopaedic and Sports Rehabilitation, L.L.C.

Firma del Paciente o Representante Legalmente Responsable

Fecha: _____ Relación _____

NEW WEST ORTHOPAEDIC & SPORTS REHABILITATION, LLC: *Historial Médico*

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ M/F ALTURA: _____ PESO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Para qué te vemos hoy? _____ Cuándo comenzó el problema? _____

OCUPACIÓN: _____ Es este problema: relacionado con el trabajo? NO SÍ debido a un accidente? NO SÍ

Ha visto algún otro doctor de medicina para este problema? NO SÍ En caso afirmativo _____

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente: _____

Enumere las anteriores cirugías /hospitalizaciones/lesiones y fechas aproximadas (si se conocen): _____

¿Está usted actualmente embarazada o cree que podría estarlo? NO SÍ ¿Tiene un marcapasos? NO SÍ

¿Uso de pastillas de cortisona o inyecciones recientemente? NO SÍ Alergia/sensibilidad al látex? NO SÍ

ALERGIAS: _____

Uso de tabaco: NO SÍ Tipo: _____ (ocasional / frecuente) Uso de alcohol: NO SÍ (ocasional / frecuente)

¿Actualmente o en los últimos 6-12 meses ha sufrido alguna de las siguientes condiciones/síntomas? (por favor marque con círculo)

CONDICIONES MÉDICAS:

Problemas cardíacos(lista)

Anemia

Artritis

Asma

Trastornos hemorrágicos

Coágulos de sangre

Diabetes

Enfisema / bronquitis

Fibromialgia

Hepatitis

Hipertensión arterial /
Colesterol

Cáncer (lista)

Esclerosis múltiple

Osteoporosis

Neumonía

Carrera

Tuberculosis

Trastorno de la tiroides

Problemas de la vista

Problema de audición

Infección / MRSA

Otro: _____

SÍNTOMAS:

Problemas al dormir

Náuseas vómitos

Sangrado excesivo

Hinchazón anormal

Diarrea

Dolor pélvico

Fatiga

Convulsiones

Fiebre / Escalofríos

Hormigueo entumecimiento

Estrés / Ansiedad

Depresión

Dificultad para respirar

Mareos / Desvanecimientos

Moretones con facilidad

Dificultad para tragar

Estreñimiento

Incontinencia urinaria

Debilidad

Temblores

Erupción cutánea

Problemas urinarios /
intestinales

Pérdida/subir de peso

Otro: _____

¿Se ha caído en los últimos 6-12 meses? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuántas? _____

Por favor marque con círculo su nivel de dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(sin dolor)

(dolor intenso)

Firma

Fecha

New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, L.L.C.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Y GARANTÍA DE PAGO

1. Liberación de Información- Yo por la presente autorizo a New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, LLC a liberar todos y cada uno de los archivos de paciente médicos verbalmente, vía facsímil, por fotocopia o vía revisión en el sitio a otras instituciones del cuidado de salud a cuyos cuidados pueden ser transferidos o estoy siendo evaluados para ser transferido y/o a agencias o médicos que puedan involucrarse en un futuro tratamiento o seguimiento adicional del cuidado de mi salud, a mí/al seguro de salud del paciente o de un tercero responsable por el pago, para propósitos de revisión de uso y para el propósito de New West Rehabilitación Ortopédica y Deportiva, LLC para divulgar la información de estado general de mi paciente a familiares y amigos.
2. Autorización a Medicare / Medicaid -Yo, ya sea firmando como paciente o agente, por este medio, otorgo a New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, L.L.C. a libera a Medicare y o Medicaid, a la Administración del Seguro Social y o a sus intermediarios o portadores, a cualquier organización de revisión, o a cualquier agencia estatal de la cual yo/el paciente tengo derecho a recibir pagos por beneficios médicos cualquier información necesaria para este o una reclamación relacionada con Medicare y / o Medicaid. Yo certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo 1111 Título XVIII y Título XIX de la Ley de Seguro Social es correcta.
3. La asignación de beneficios y la autorización para la facturación- Yo, tanto si firmo como paciente o agente, autorizo la facturación y el pago directo a New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, L.L.C. de cualquier beneficio de seguro (como se define abajo) y cualquier programa de beneficio gubernamental que de otra manera sea pagadero, a o mi nombre o del paciente, por estos servicios, incluyendo los servicios de emergencia si es procesado, a ese ritmo no debe exceder cargos regulares de New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, L.L.C. El término "beneficios de seguro": tal como se utiliza en este documento incluyendo pero limitado a todos los beneficios de seguros, incluidos seguros de salud, accidente, seguro de accidentes, cobertura de pagos médicos, y seguro contra seguro insuficientemente. El abajo firmante entiende que es responsable financieramente de los cargos no cubiertos por este acuerdo. En consideración por los bienes y servicios prestados, el abajo firmante otorga a New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, LLC, asignación irrevocable de todos y cada uno de los derechos, títulos e intereses que él/ella tenga en todos los beneficios del seguro o beneficios de programas gubernamentales pagaderos a él/ella o en su nombre por los servicios prestados por New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, L.L.C. Yo dirijo todas las compañías de seguros, planes de salud, agencias gubernamentales y sus agentes o contratistas, y abogados para hacer tal pago directamente a New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, L.L.C.
4. Garantía de pago- Para una buena y valiosa consideración de los servicios que se deben prestar a mí / al paciente identificado en esta hoja, por la presente garantizo el pago del costo total de la factura médica incurrido en New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, L.L.C.

MI FIRMA ABAJO INDICA QUE ESTA INFORMACIÓN HA SIDO EXPLICADA A MÍ. LEA ESTE FORMULARIO O LO HA LEÍDO. ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre / Tutor

Testigo

New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation, LLC
2810 W. 35th Street, Ste 2
Kearney, NE 68845
308.237.7388

Estamos comprometidos a brindarle el mejor tratamiento posible. Para lograr este objetivo, necesitamos su asistencia y comprensión de nuestras políticas financieras. Si tiene alguna pregunta relacionada con nuestras políticas, comuníquese con nuestro personal de facturación.

Seguro de salud

Estaremos encantados de presentar reclamaciones de seguro médico para usted. Para ello, debe presentar su tarjeta de seguro en el momento de la inscripción.

Los beneficios cubiertos varían entre los planes de seguro. Algunos planes de seguro requieren una autorización previa para los servicios de terapia. Por lo tanto, asegúrese de haber preautorizado su(s) tratamiento(s), si es necesario. Además, es su responsabilidad entender las limitaciones y exclusiones de su póliza. Si tiene alguna pregunta con respecto a su cobertura, comuníquese con el administrador del plan del departamento de servicio al cliente de la compañía de seguros.

Usted será responsable del pago de los servicios no cubiertos, deducibles y coaseguro. Refiera a la política de auto pago para obtener información adicional sobre arreglos de pago. Si su póliza de seguro requiere un copago por cada visita, debe ser pagado en el momento de su visita.

Compensación de Trabajadores

Nuestra política es presentar reclamaciones de compensación de los trabajadores en nombre de nuestro paciente lesionado. Sin embargo, si se recibe una denegación de la compañía de seguros de compensación del trabajador o si su reclamación no se resuelve dentro de los seis meses, requerimos que comience a hacer pagos mensuales regulares. Si falla al hacer los pagos regulares, su cuenta puede ser entregada a una agencia de cobros. También podemos enviar a su seguro de salud para el pago a su solicitud, siempre y cuando la información se nos proporcione. Trabajaremos con usted para establecer un plan de pago mensual o semanal razonable para acomodar sus necesidades. Si un abogado está involucrado, archivaremos un gravamen con él, pero esto de ninguna manera lo libera de su responsabilidad en hacer los requeridos pagos mensuales.

Reclamos de Responsabilidad

Nuestra política es archivar reclamaciones de responsabilidad en nombre de nuestros pacientes lesionados. Sin embargo, si se recibe una denegación o si su reclamo no se resuelve dentro de los seis meses, le pediremos que comience a hacer pagos mensuales regulares. Si falla al hacer los pagos regulares, su cuenta puede ser entregada a una agencia de cobros. También podemos enviar a su seguro de salud para el pago a su solicitud, siempre y cuando la información se nos proporcione. Trabajaremos con usted para establecer un plan de pago mensual o semanal razonable para acomodar sus necesidades. Si un abogado está involucrado, archivaremos un gravamen con él, pero esto de ninguna manera lo libera de su responsabilidad en hacer los requeridos pagos mensuales.

Medicare

Medicare cubrirá la mayoría de los cargos de terapia siempre que usted tenga una referencia de su médico. Usted recibirá nuestra factura solo después de que Medicare haya pagado. Si tiene una póliza suplementaria de Medicare, nosotros archivaremos esas reclamaciones proveídas que usted nos haya proporcionado con la información requerida.

Medicaid

Como proveedor participante de Medicaid, archivaremos reclamaciones al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska. A partir del 1 de abril de 1994, algunos beneficiarios de Medicaid deben pagar un copago por cada visita. El Departamento de Salud y Servicios Humanos requiere que este copago se haga en el momento de cada tratamiento y no nos permitirá renunciar al copago. Por favor haga este pago a la recepcionista a la hora de llegada.

Cuentas de pago por sí mismo

Le pedimos que remita el pago dentro de diez días de recibir su cuenta mensual. Estamos felices de aceptar pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. (MasterCard y Visa) Si su cuenta llega a 90 días de vencimiento y no nos ha contactado para realizar un arreglo de pago, su cuenta puede ser entregada a nuestra agencia de cobros.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

He revisado este formulario de práctica de privacidad y reconozco que he leído y entiendo las prácticas de privacidad de New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation.

Nombre del Paciente (Por favor letra de molde)

X _____
Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente

Relación del Paciente con el Paciente

Por este formulario doy permiso a New West Orthopaedic & Sports Rehabilitation para discutir mi condición médica con las siguientes personas.

Nombre de la(s) Persona(s)

Esposa: _____

Padres: _____

Niños: _____

Otros Miembros de la Familia: _____

Cuidadores: _____

Guardián: _____

Amigos Personales Cercanos: _____

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

X _____
Firma del Paciente

Fecha

Representante Personal