PERFORMANCE
PHYSICAL THERAPY
OF NAPLES, INC.

Complete Orthopedic, Sports, and Spine Rehabilitation

REGISTRACION DE PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA: _____

NRO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SEXO: M ____ F ____ SOLTERO/A ____ CASADO/A ____ VIUDO/A ____ DIVORCIADO/A ____ SEPARADO/A _____

DIRECCION LOCAL: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

DIRECCION FUERA DE ESTADO: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NUMERO DE CELULAR: (_____) _____- _____ NUMERO DE CASA: (_____) _____- _____

NUMERO DE TRABAJO: (_____) _____- _____ NRO FUERA DE ESTADO: (_____) _____- _____

CORREO ELECTRONICO**:** _____ CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

NUMERO TELEFONICO: (_____) _____- _____

SEGURO PRIMARIO: _____

ES USTED EL ASEGURADO PRIMARIO? SI - NO

Si usted *no es* el asegurado primario en la póliza, por favor complete lo siguiente:

NOMBRE DEL SUCRIPTOR: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUCRIPTOR: _____ NRO DE SOCIAL DEL SUCRIPTOR: _____

NÚMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

SEGURO SECUNDARIO/SUPPLEMENTAL: _____

NOMBRE DEL SUCRIPTOR: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUCRIPTOR: _____ NRO DE SOCIAL DEL SUCRIPTOR: _____

NÚMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

SI SU VISITA PERTIENE A UN RECLAMO DE ACCIDENTE LLENE LO SIGUENTE:

COMPAÑÍA DE SEGURO: _____ NRO DE RECLAMO: _____

AJUSTOR DEL CASO: _____ NRO TELEFONICO: (_____) _____- _____

FECHA DE LESION: _____ (CIRCULE UNO): **AUTO - CAIDA – ACCIDENTE DE TRABAJO - OTRO**

Entiendo si no cancelo una cita 24 horas en adelantado seré cobrado un cargo de $50.00 por cancelación.

_____ _____
Firma Del Paciente Fecha

Performance Physical Therapy of Naples, Inc.
4949 Tamiami Trail N Ste 104, Naples, FL 34103 ● 3841 Tamiami Trail East, Naples, FL 34112 ● 1201 Piper Blvd Ste 18, Naples, FL 34110
239-643-2040 239-732-9094 239-593-3010

Consentimiento Para El Tratamiento

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información de salud protegida para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Yo, _____ entiendo que como parte de mi atención médica, la terapia física de rendimiento de Performance Physical Therapy of Naples, Inc. origina y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planificar mi cuidado y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi atención,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura,
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron realmente prestados.
- Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia de profesionales de la salud.

Entiendo y he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho a oponerse al uso de mi información de salud para fines de directorio. Y,
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que Performance Physical Therapy of Naples, Inc. no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas en dependencia al respecto. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negar a tratarme como lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Además, entiendo que Performance Physical Therapy of Naples, Inc. se reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas y antes de la implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. Debería Performance Physical Therapy of Naples, Inc. cambiará su aviso, le enviarán una copia de cualquier aviso revisado.

Deseo tener las siguientes restricciones para usar o divulgar mi información de salud:

☐ ***Sin restricciones*** ☐ ***Tengo restricciones enumeradas a continuación***

Deseo tener las siguientes restricciones para usar o divulgar mi información de salud:

_____

_____

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para dicha divulgación para estos usos permitidos, incluyendo divulgación por fax.

Entiendo completamente y acepto los términos de este consentimiento.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

Asignación de Seguro / Autorización de seguro para divulgar información confidencial y consentimiento para tratamiento

1. _____ (Iniciales) Entiendo que si no notifico con 24 horas de anticipación a Performance Physical Therapy of Naples, Inc. para cancelar mi cita, se me cobrará una tarifa de No presentación / Cancelación de $50.00, que no se puede ceder.

2. _____ (Iniciales) Doy mi consentimiento para que la evaluación y el tratamiento de fisioterapia sean administrados por Performance Physical Therapy of Naples, Inc.

3. _____ (Iniciales) Autorizo la divulgación de información médica de mi historial a mi médico.

4. _____ (Iniciales) Si se trata de un reclamo de compensación laboral o un reclamo de vehículo motorizado, autorizo la divulgación de información a los ajustadores de reclamos, administradores de casos y empleadores.

5. _____ (Iniciales) Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados. La facturación se realizará desde esta oficina a mi compañía de seguros y yo soy responsable de mi deducible. Soy consciente de que soy responsable de los montos de copago dictados por mi compañía de seguro. Se me cobrarán montos habituales según el programa de tarifas para rehabilitación que mi compañía de seguros ha desarrollado o permitido.

6. _____ (Iniciales) Entiendo que Performance Physical Therapy of Naples, Inc., verificará mis beneficios de seguro como una cortesía para mí y cobrará copagos, coseguros y deducibles basados en estimaciones solo proporcionadas por mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros niega o realiza un pago parcial, entiendo que soy responsable de los saldos restantes.

7. _____ (Iniciales) Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Performance Physical Therapy of Naples, Inc. por los servicios prestados y facturados adecuadamente.

8. _____ (Iniciales) Reconozco que es mi responsabilidad remitir los cheques emitidos directamente a mí por mi compañía de seguros a Performance Physical Therapy of Naples, Inc. Si mi compañía de seguros me emite el pago por los servicios prestados y tengo un saldo restante con Performance Physical Therapy of Naples, Inc., entiendo que es mi responsabilidad no solo entregar el pago, sino que también soy responsable de cualquier saldo restante no cubierto por mi compañía de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____

PERFORMANCE
PHYSICAL THERAPY
OF NAPLES, INC.

Complete Orthopedic, Sports, and Spine Rehabilitation

INFORMACION MÉDICA - Comercial

Nombre: _____ Fecha: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Edad: _____

Historia Quirúrgica (Elija Casilla)

			Fecha de Cirugía		Fecha de Cirugía
❑Artroplastia de rodilla	❑ I	❑ D	_____	❑Cuello	_____
❑Reemplazamiento de rodilla	❑ I	❑ D	_____	❑Espalda	_____
❑Reemplazamiento de cadera	❑ I	❑ D	_____	❑Extirpación de cáncer	_____
❑Hombro	❑ I	❑ D	_____	❑Otro	_____
❑Procedimiento cardiaco			_____		_____

Escala de Dolor (Por Favor Circule El Peor Nivel en Los Últimos Días)

Tratamiento Relacionado a Condición	Fecha de Comienzo	Fecha Terminada	Mejorado?
❑Doctor Primario	_____	_____	❑ S ❑ N
❑Cirujano Ortopédico	_____	_____	❑ S ❑ N
❑Terapia Física	_____	_____	❑ S ❑ N
❑Clina del Manejo del Dolor	_____	_____	❑ S ❑ N
❑Neurólogo	_____	_____	❑ S ❑ N

Condición Medica (Elija Casilla)

	Fecha de Comienzo		Fecha de Comienzo
❑Presión Alta	_____	❑Cáncer (Tipo)	_____
❑Colesterol Alto	_____	❑Osteoporosis	_____
❑Diabetes	_____	❑Infarto Cerebral	_____
❑Osteoartritis	_____	❑Marcapasos	_____
❑Arritmia Cardiaca	_____	❑Otro	_____

Medicamentos ****Si tiene una lista de medicamentos por favor permítanos hacer una copia****

Medicamentos Corrientes	Dosis	Frecuencia	Razón
_____	_____	1 2 3 /Día, o Como Necesitado	_____
_____	_____	1 2 3 /Día, o Como Necesitado	_____
_____	_____	1 2 3 /Día, o Como Necesitado	_____
_____	_____	1 2 3 /Día, o Como Necesitado	_____
_____	_____	1 2 3 /Día, o Como Necesitatdo	_____