

# 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.

Complete Orthopedic, Sports, and Spine Rehabilitation

---

**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: \_\_\_\_\_

**A. Notificante: Performance Physical Therapy of Naples, Inc**

**B. Nombre del paciente:**

**C. Número de Identificación:**

**Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés)**

**NOTA:** Si Medicare no paga por **D. Servicios de Terapia Física** a continuación, usted podría tener que pagar. Medicare no paga por todo, incluidos algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica entienda que son necesarios. Se anticipa que Medicare no pague por **D. Servicios de Terapia Física** a continuación.

<b>D. Servicios de Terapia Física</b>	<b>E. Motivo por el cual Medicare podría negar el pago:</b>	<b>F. Costo estimado</b>
Códigos CPT: 97161, 97162, 97163: Evaluación 97164: Re-Evaluación 97110: Ejercicios Terapéuticos 97112: Reeduación Neuromuscular 97140: Terapia Manual 97035: Ultrasonido 97116: Entrenamiento de Pasos G0283: Estimulación Eléctrica 97150: Procedimiento Terapéutico 97530: Actividades Terapéuticas	Se alcanzó o excedió la capitación de \$2150.00 anual para fisioterapia y usted no califica para la excepción de capitación.	\$105.35 por visita/día de servicio

**LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:**

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si recibirá **D. Servicios de Terapia Física** que se indica arriba.  
**Nota:** Si elige Opción 1 o 2, podríamos ayudarle a utilizar los otros seguros que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

**G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir la casilla para usted.**

- OPCIÓN 1.** Quiero **D. Servicios de Terapia Física** que se indica arriba. Pudiera pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial respecto al pago, la cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Entiendo que, si Medicare no paga, yo seré responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare según las indicaciones en el MSN. Si Medicare pagará, me serán reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, salvo los copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Quiero **D. Servicios de Terapia Física** que se indica arriba, pero no facture a Medicare. Se podrá pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable del pago. No podré apelar si no se facturara a Medicare.
- OPCIÓN 3.** No quiero **D. Servicios de Terapia Física** que se indica arriba. Entiendo que, con esta elección, **no** seré responsable del pago, y no podré apelar para saber si Medicare hubiera pagado.

**H. Información adicional:** Los servicios de salud en el hogar deben estar completos antes de que Medicare cubra la fisioterapia ambulatoria. El paciente es el único responsable de confirmar que ha sido dado de alta de la atención domiciliaria antes de comenzar los servicios ambulatorios. Si esto no se hace, el paciente puede ser responsable del precio total de la visita. \_\_\_\_\_ **Inicialé Aquí**

**Este aviso explica nuestra opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare.** Si usted tiene otras preguntas relativas a este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/**TTY:** 1-877-486-2048).

Firme abajo para reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

**I. Firma:**

**J. Fecha:**

**CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: [AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov).**

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del estimado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.



