

Patients Name: _____ Date: _____



Informacion De Paciente

IMPORTANT! Por favor de llenar toda la infomacion. Es necesario para procesar sus solicitudes. Falta de esta informacion podaria negar sus beneficios.

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **BIU:** _____

Direccion: _____ **Sexo:** H M

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Postal:** _____ **Email:** _____

Seguro Social #: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Telefono De Casa: _____ **Numero Celular:** _____

Accidente Trabajo: Yes No **Fecha de Accidente:** _____

*Si fue accidente de trabajo, por favor llene la parte de abajo completamente.

Empleador: _____ **No. De Licencia de conducir:** _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Postal:** _____ **Telefono:** _____

In case de emergencia contacte: _____ **Telefono:** _____

Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por mi y todos los cargos permitidos por mi compania de seguros. Autorizo a lanzamiento de calquier informacion medica necesaria para procesar mis reclamaciones asignadas a la accion de Back To Action.

Firma: _____

Fecha: _____

Office Use Only

REFERRING PHYSICIAN: _____ **NPI #:** _____

DIAGNOSIS: _____

Authorizacion de foto

Yo estoy de Acuerdo y Permetio Back to Action Physical Therapy tomar mi foto y utilizar solo para propositos medicos. Mi foto sera visto por el medico y el personal de la clinica solamente.

Nombre

Fecha

Patients Name: _____ Date: _____

Condiciones y Consentimiento por Escrito para recibir Terapia Física

Entiendo que soy un paciente de Back To Action, una práctica de Terapia Física privada y propiedad de un terapeuta.

Cooperación con el Tratamiento - De manera que el tratamiento de Terapia Física sea eficaz para mi condición, debo asistir a las citas programadas a menos que existan circunstancias inusuales de mi parte. En dado caso de tener problemas con cualquier parte del programa de tratamiento, éstos serán discutidos abiertamente con el Terapeuta Físico.

Póliza de Anulación - Comprendo que para exitosamente alcanzar los propósitos del tratamiento establecido por mi misma y mi terapeuta físico es esencial asistir de manera consistente y de acuerdo a mi plan de tratamiento. Entiendo que tres ausencias pueden resultar en el despido del plan de terapia. Igualmente comprendo que si tengo la necesidad de realizar una cancelación ésta tendrá que ser hecha con 12 horas de anticipación para no ser dada de alta de la terapia. Entiendo que si cancelo con menos de 12 horas de anticipación tendré que pagar una cuota de cancelación de \$25.00.

Restricciones - Entiendo que no existen garantías en relación a un restablecimiento o mejoría de mi estado. Entiendo que mi Terapeuta Físico trazará y discutirá los propósitos del tratamiento de terapia física de acuerdo a mi condición y hablará conmigo sobre las opciones antes de aceptar el tratamiento indicado. Habrá ocasiones en las cuales mi compañía de seguros no realizará los pagos para varios servicios brindados mas se me brindará información de estas circunstancias antes de realizar más servicios.

Consentimiento Por Escrito para el Tratamiento - Entiendo que el término "consentimiento por escrito" embarca los posibles riesgos, beneficios, y opciones al tratamiento de terapia física las cuales me han sido explicados. El terapeuta físico ofrece una gran variedad de servicios y estoy consciente que recibiré información relacionada al tratamiento y las opciones disponibles para mi condición en la consulta inicial .

Posibles Riesgos – Entiendo que la incomodidad o el dolor de mi condición puede incrementar, y hasta agravar lesiones o el estado de mi condición. Esta incomodidad es normalmente temporal; consiento informar a mi terapeuta en dado caso de no sentir mejoría en un periodo de 24 horas.

Posibles Beneficios - Entiendo que puedo sentir mejoría de mis síntomas y una mejoría en mi habilidad para realizar actividades cotidianas. Puedo también sentir más fuerza, sensibilidad, flexibilidad, y resistencia en mis movimientos. Puedo también sentir mejoría en el dolor y la incomodidad. Tendré la oportunidad de obtener más conocimiento sobre como lidiar con mi estado y los recursos puestos a mi disponibilidad.

Opciones - Entiendo que en dado caso de no desear participar en el programa de terapia, tengo la opción de exponer mis opciones médicas, quirúrgicas, o farmacológicas con mi médico o médico de cabecera.

Responsabilidades Financieras y de Seguro - Entiendo que mi seguro es un contrato entre yo o mi empleador y la compañía de seguro. Y que Back To Action no es participante a dicho contrato. Entiendo que Back To Action mantendrá contacto con mi proveedor de seguro como una cortesía hacia mi como paciente, mas últimamente es mi responsabilidad verificar que la información obtenida por Back To Action sea correcta. En dado caso de tener dudas o preguntas en relación a la cobertura de mi seguro entiendo que puedo acudir a mi compañía de seguro, mi terapeuta, o Back To Action para obtener mayor información.

Aviso de Pólizas Privadas - Entiendo que se me brindó una copia del Aviso de Pólizas Privadas utilizado por Back To Action de acuerdo a las reglas bajo el Decreto de Adaptabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPPA por sus siglas en inglés) Sec. 45 CFR 160 Y 164. Entiendo que en dado caso de necesitar mayor información sobre las prácticas privadas de Back To Action Physical Therapy o para presentar una queja en contra de la compañía mencionada tengo la opción de comunicarme con Back To Action dirigiéndome a: Privacy Officer ubicado en N. Ed Carey Dr, Harlingen Tx 78550.

He leído la información anterior y doy mi consentimiento a la Evaluación de Terapia Física y los tratamientos posteriores.

Nombre

Fecha

Firma

Witness

Patients Name: _____ Date: _____

A. Notificante:

C. Número de identificación:

Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)

NOTA: Si Medicare no paga D. _____ a continuación, usted deberá pagar.

Medicare no paga todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Prevemos que Medicare no pagará D. _____ a continuación.

D.	E. Razón por la que no está cubierto por Medicare:	F. Costo estimado

Lo que usted necesita hacer ahora:

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir D. _____ mencionado anteriormente.

Nota: Si escoge la opción 1 ó 2, podemos ayudarlo a usar cualquier otro seguro que tal vez tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

G. OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.

OPCIÓN 1. Quiero D. _____ mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a Medicare a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago, la cual se me enviará en el Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a Medicare** según las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

OPCIÓN 2. Quiero D. _____ mencionado anteriormente, pero que no se cobre a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora dado que soy responsable por el pago.

No tengo derecho a apelar si no se le cobra a Medicare.

OPCIÓN 3. No quiero D. _____ mencionado anteriormente. Entiendo que con esta opción no soy responsable por el pago y **no puedo apelar para determinar si pagaría Medicare.**

H. Información adicional:

En esta notificación se da a conocer nuestra opinión, no la de Medicare. Si tiene otras preguntas sobre la presente notificación o el cobro a Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Al firmar abajo usted indica que ha recibido y comprende la presente notificación. También se le entrega una copia.

I. Firma:

J. Fecha:

De conformidad con la Ley de reducción de los trámites burocráticos de 1995, nadie estará obligado a responder en todo pedido para recabar información a menos que se identifique con un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de información se calcula, en promedio, 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y llenar y revisar los datos recogidos. Si tiene comentarios sobre la precisión del cálculo del tiempo o sugerencias para mejorar el presente formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.