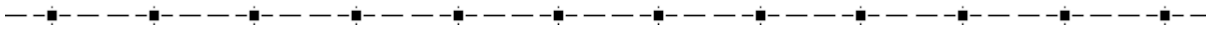




"Treating the WHOLE Person"

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido _____ Primer Nombre _____
Iniciales de Segundo Nombre _____
Referido Por _____ Domicilio del Doctor _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo M/F _____
Domicilio _____ Ciudad/Estado _____Codigo Postal _____
Numero de Telefono _____ Numero de Celular _____
Empleador _____ Ocupacion _____
Domicilio de Empleador _____ Numero de Empleador _____
Ciudad/Estado _____ Codigo Postal _____
Numero de Seguro Social _____ Numero de Licencia _____
Contacto de Emergencia _____ Telefono _____ Relacion _____



INFORMACION DE ESPOSO/ESPOSA O GUARDIAN LEGAL:

Nombre _____ Numero de Seguro _____ Relacion _____
Domicilio _____ Numero de Telefono _____
Numero de Empleador _____ Numero de Celular _____

Porfavor Proveer Prueba de Aseguranza

Asignacion & Autorizo: Yo autorizo colocar en libertad informacion medica que sea necesaria a procesar clemas de aseguransa a favor de mi. Una copia de autorizasion sera considerada valida como original, y valida por la duracion de mi cargo en terminacion.

Firma _____ Fecha _____ WCAB# _____

ABLE Physical Therapy

Treating the "WHOLE" Person!

Se accidento en el trabajo? Si No (Si marco si porfavor indique fecha _____)
Fue un accidente de carro? Si No.

Describa como se lastimo:

Por favor Indique si tiene algún problema médico o alguna condición que le impida hacer el tratamiento (Ejemplo Cáncer, Diabetes, Presión Alta, Implantes Metales, Convulsiones, Marca Pasos Etc...)

Está Trabajando? Si No

Ocupación? _____

Ha recibido Terapia? Si No

Donde está su dolor/problema? _____

Ha tenido este problema antes? Si No

Está tomando Medicamento? Si No

Por favor circule uno de cada uno en referente a su dolor

Cuál es su nivel de dolor al más bajo!

Ningun Moderado Severo
0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Cuál es su nivel de dolor al más Alto!

Ningun Moderado Severo
0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Como le afecta este problema a su vida diaria? _____

Si usted esta tomando Medicamento porfavor indique que tipo de medicamento esta tomando incluso cuantas veces al dia:

Tiene usted un abogado? Si tiene uno porfavor de el nombre de el abogado, domicilio, y **Numero de Telefono.**

Firma del Paciente

Fecha

PF-1000 AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

FAVOR DE LEERLO CON ATENCIÓN.

Usos y divulgaciones;

El tratamiento, su información médica puede ser usada por miembros del personal o compartida con otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su estado de salud, el diagnóstico de condiciones médicas, y demostrando el tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas y procedimientos de laboratorio estarán disponibles en su expediente médico a todos los profesionales de la salud que pueden proporcionar tratamiento o que pueden ser consultados por los miembros del personal.

Operaciones de atención médica, información sobre su salud pueden ser utilizados según sea necesario para apoyar el día de las actividades y la gestión de Capaz Fisioterapia Corp. Por ejemplo días, información sobre los servicios que recibió puede ser utilizado para apoyar el presupuesto y la presentación de informes financieros, y las actividades para evaluar y promover la calidad.

Aplicación de la ley, su información de salud puede ser revelada a agencias de la ley para apoyar auditorías e inspecciones gubernamentales, a fin de facilitar las investigaciones policiales, y para cumplir con la presentación de informes del gobierno por mandato

La presentación de informes de salud pública, su información de salud puede ser revelada a agencias de salud pública como lo requiere la ley. Por ejemplo, tenemos la obligación de reportar ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

Pago, su información médica puede ser usada para buscar el pago de su plan de salud, a partir de otras fuentes de cobertura tal como un asegurador de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que usted puede utilizar para pagar por los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de los servicios, los servicios prestados, y la afección médica que padece.

Otros usos y divulgaciones que requieren autorización. La divulgación de su información de salud o su uso para cualquier fin distinto a los mencionados anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Sin embargo, la decisión de revocar la autorización no afectará o deshacer cualquier uso de la divulgación de la información que se produjo antes de que usted nos notificó de que la decisión de revocar su autorización.

Usos adicionales de la Información

Recordatorios de citas, información sobre su salud serán utilizados por nuestro personal para enviarle recordatorios de citas.

Información sobre el tratamiento, su información médica puede ser utilizada para enviarle la información que puede resultar interesante en el tratamiento y manejo de su condición médica. También podemos enviar información describiendo otros productos y servicios relacionados con la salud que es posible que creemos pueden ser de interés para usted.

La recaudación de fondos, a menos que usted nos pida que no, utilizaremos su nombre y dirección para apoyar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos, **por favor marque la siguiente línea.**

Por favor, no use mi información con fines de recaudación de fondos _____

Derechos Individuales

Usted tiene derecho en virtud de las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- Derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida.
 - Derecho a recibir comunicaciones confidenciales relativas.
 - Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
 - Derecho de enmendar o presentar correcciones a su información de salud protegida.
 - Derecho a recibir un informe de cómo ya quién su información protegida de la salud ha sido Se describe a.
- Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Capaz Deberes Fisioterapia Corp

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y para proveer de usted este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Derecho de revisar las prácticas de privacidad

Según lo permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. A petición, le entregará en la notificación más recientemente revisado en cualquier visita a la oficina. Las políticas y prácticas revisadas serán aplicadas a toda la información de salud protegida que mantenemos.

Las solicitudes para inspeccionar la información de salud protegida

En general, usted puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida se presentará por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso a sus registros poniéndose en contacto con Armando Kim. Su solicitud será revisada y generalmente ser aprobado a menos que existan razones legales o médicas para negar la solicitud.

Quejas

Si desea enviar un comentario o queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede enviar una carta explicando sus inquietudes a:

Armando Kim

**1902 Royalty unidad Set 170
Pomona, CA 91767**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted debe llamar el asunto a nuestra atención mediante el envío de una carta que describa la causa de su preocupación a la misma dirección.

Usted no será penalizado ni se tomarán represalias en contra de otra manera por presentar una queja.

PF-2000 Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad
Terapia Física Capaz Corp se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad
descritas en el anuncio.

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad para Able Physical Therapy
Corp

Nombre del paciente (por favor impresión)

Firma del paciente

Firma del Representante del Paciente
(Para paciente que es menor de edad o paciente que no puede firmar este formulario)

La relación del firmante a paciente

FECHA



"Treating the WHOLE Person"

Responsabilidad Financiera Para pacientes

Gracias por elegir Able Physical Therapy Corp. para sus necesidades de atención médica. El paciente política financiera ha sido desarrollado para ayudar a responder a sus preguntas en relación con paciente y seguro responsabilidad por los servicios prestados. Su conocimiento y cumplimiento de nuestro paciente política financiera es importante. Por favor, lea la siguiente política y pregunte al personal cualquier pregunta que usted tenga sobre lo siguiente y firmar como se indica.

1. **PRUEBA DE SEGURO MÉDICO:** Todos los pacientes deben completar el formulario de información paciente antes de ver al terapeuta. Able Physical Therapy Corp. participa con una gran variedad de planes de seguros, incluyendo Medicare. Por favor confirme con nuestro personal que participamos con su plan de seguro médico. Si usted no está asegurado por un plan que participamos con, el pago completo se espera en cada momento del servicio.
2. **CAMBIO ACTUALIZADO DE INFORMACIÓN Y COBERTURA:** Se le pedirá que los actualice esta siempre que tenga un cambio de domicilio, empleo, seguros, etc. Sin embargo, es su responsabilidad que nos hacen conscientes de estos cambios y si no que nos proporcione la correcta información actualizada, usted será responsable por el costo total de los servicios prestados y el pago inmediato se espera.
3. **CO-PAGOS, deducibles y co-SEGURO:** Todos co-pagos, deducibles y co-seguro debe ser pagado en el momento del servicio. Pago de los copagos, deducibles y co-seguro es parte de su contrato con su plan de seguros. Nuestra incapacidad para cobrar el pago puede ser una violación de la facturación el cumplimiento y puede ser considerado como un acto de fraude por parte de su plan de seguros.
4. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Por favor, tenga en cuenta que algunas o quizá de todos los servicios que usted recibe mi no estar cubiertos consideró razonable o necesario por su plan de seguros. Si usted elige que estos servicios, se le pedirá que firme una renuncia y pago en su totalidad en el momento de realizar el servicio se espera.
5. **AUTORIZACIONES:** Obtención de una autorización previa para los servicios no es una garantía de pago de los beneficios. Una autorización previa significa que la información que se da en ese momento cumple la necesidad médica de los servicios no es una garantía de pago. El plan de seguros le confirmaremos que aunque los servicios podrán ser autorizados, los servicios pueden no estar cubiertos por su plan, y la decisión de pago no serán prestados hasta que se presenta la solicitud.

6. **ENVÍO DE RECLAMACIONES:** Vamos a presentar las reclamaciones y ayudarle en cualquier manera que podemos ayudar a conseguir su siniestralidad. El plan de seguros podrá solicitar información directamente de usted. La falta de tiempo para cumplir su plan de seguros la solicitud puede resultar en la negación de la realidad y su reclamación si es así, tendrá como resultado en la búsqueda de su plena reembolso por servicios prestados, incluso si somos un proveedor participante con su plan. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su plan de seguros.
7. **DE PAGO:** si no tienen cobertura de salud, se le considerará como de pago. Pago completo en el momento de realizar el servicio a menos que se hagan otros arreglos con nuestro asesor financiero.
8. **FALTA DE PAGO:** Si su cuenta es de más de 60 días de vencimiento, usted recibirá una declaración indicando que tiene 30 días para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no será aceptada a menos que se han puesto en contacto con nuestra oficina y negociados. Por favor tenga en cuenta que si un saldo impago a su cuenta a una agencia de cobranza después del día 90.
9. **MÉTODOS DE PAGO:** aceptamos efectivo, cheques personales, pedidos de dinero, cheque de pago por los servicios prestados.
10. **CHEQUES DEVUELTOS:** un cheque devuelto de \$25 se añadirán a su cuenta por cada cheque devuelto por fondos insuficientes, cesó el pago o cuentas cerradas. Después de la segunda aparición, sólo dinero en efectivo, órdenes de dinero, o cheque bancario serán aceptadas.

***** El conocimiento de sus beneficios del seguro es su responsabilidad. Por favor, póngase en contacto con su plan de seguro con las preguntas que usted pueda tener sobre su cobertura *****

Se trata de un acuerdo entre la Fisioterapia Corp. y el paciente/responsable firmado por debajo. En ejecución del presente acuerdo, usted está de acuerdo con pagar por todos los servicios que se reciben.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE PAGO Y QUE ACEPTA SU DIRECTRIZ.

Nombre del paciente: _____
Parte responsable (si no es el paciente): _____

Firma de la parte responsable

Fecha