



SPECTRUM Physical Therapy & Athletic Training, LLC
Bergen County Physical Therapy
Raising the Standard for Optimal Care



Información del Paciente

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección de casa: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ (celular) (_____) _____ - _____ (hogar)

Correo electrónico: _____ **Sexo:** M F Rechazar para específica

Medico de referencia: _____ **Presente de la receta:** Sí No

*Tenga en cuenta que las regulaciones estatales de NJ requieren receta médica después de 30 días. Preferimos que la receta esté presente en el visita inicial, sin embargo, si usted nos está visitando sin receta médica usted será responsable de obtener una receta después de 30 días.

Complete si el paciente es menor de 18 años.

Nombre del tutor/padre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Relación:** _____

Condición/Lesión

Condición/Lesión: _____ **Fecha del accidente/lesión:** _____

¿Ha Tenido Cirugía? Sí No **Tipo de Cirugía** _____ **Fecha de la Cirugía** _____

¿Recibe actualmente servicios de atención médica en el hogar? Sí No

Póliza de Seguros

Seguro Primario: _____ **Identificación de miembro:** _____

Parte asegurada (titular del Seguro primario): _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Relación:** _____

Seguro Secundario: _____ **Identificación de miembro:** _____

Parte asegurada (titular del Seguro primario): _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Relación:** _____

Complete lo siguiente solo si su lesión es el resultado de un accidente escolar, laboral o automovilístico.

Tipo de Accidente: Compensación al trabajador Auto Escuela **Fecha del Accidente:** _____ **Estado:** _____

Seguro: _____

Nombre del empleador/escuela: _____

Dirección del empleador/escuela: _____

¿Está actualmente involucrado en una demanda por su lesión que prohibirá que nuestra oficina facture su seguro médico? Sí No

Al firmar a continuación, autorizo a Spectrum Physical Therapy & Athletic Training, LLC / Bergen County Physical Therapy a tratarme de acuerdo con la prescripción de mi médico y divulgar a mi compañía de seguros/abogado/empleador cualquier información relacionada con mi atención médica, consejos, tratamiento o suministros.

Firma: _____ **Fecha:** _____



Beneficios del Seguro de salud

(La siguiente información del seguro debe ser completada por el personal de la oficina).

In Network / Out of Network

Nombre: _____ Seguros: _____

Copago: \$ _____ Deducible: \$ _____ / \$ _____ Visitas permitidas por año: _____

Coseguro: _____ % Gastos de bolsillo: \$ _____ / \$ _____

Autorización requerida: Sí / No

Prescripción Requerida: Sí / No

Remisión Requerida: Sí / No

Los copagos se cobran y se deben en el momento del servicio. Los pacientes serán responsables del copago según las indicaciones de los representantes del seguro. Si se aplica deducible, el paciente será responsable de la tarifa contratada hasta que se alcance el deducible. El coseguro se aplica una vez que se ha alcanzado el deducible. Los deducibles y el coseguro se facturarán con el saldo.

Como cortesía, nuestra oficina ha verificado sus beneficios; Los detalles de esta información se enumeran arriba. Esta información no está garantizada y puede cambiar a medida que se procesan las reclamaciones. Los beneficios cotizados no son una garantía de pago o cobertura. Los pacientes son responsables de comprender el contrato que tienen con su compañía de seguros de salud.

En caso de que sus beneficios de fisioterapia se agoten o su seguro médico no cubra sus visitas, se cobrará a los pacientes \$150 por la evaluación inicial y \$100 por visita de seguimiento.

Información de tarjeta de crédito

Tipo de Tarjeta: Visa MasterCard American Express Discover

Nombre

número de Tarjeta de Crédito

Fecha de caducidad

CVV

Política de cancelación y no presentación

Tenga en cuenta al programar sus citas, le rogamos que notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación si se debe realizar una cancelación o cambio. Si una cancelación se realiza con menos de 24 horas de anticipación, Spectrum Physical Therapy / Bergen County PT se reserva el derecho de cobrar una tarifa de cancelación de \$ 50.00. Entendemos que su tiempo es valioso, y en un esfuerzo por respetar su tiempo, el de nuestros otros pacientes, así como el tiempo de nuestros médicos, nuestra política de cancelación se aplica estrictamente. Este marco de tiempo le da a nuestro personal la oportunidad de llenar el espacio de tiempo que se reservó para su cita, permitiendo que otros pacientes que necesitan citas, sean vistos por los doctores. Al firmar a continuación, usted acepta que comprende los términos de la Política de cancelación / no presentación de Spectrum Physical Therapy / Bergen County PT.

Acuse de recibo de videovigilancia

Para proteger la seguridad de nuestros pacientes, personal y visitantes en Spectrum Physical Therapy and Athletic Training, la oficina y las áreas comunes de la clínica son monitoreadas y grabadas mediante videovigilancia las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las áreas privadas como baños, salas de tratamiento y áreas con cortinas nunca estarán bajo vigilancia o registro.

Al firmar a continuación, reconozco que soy consciente de que estoy bajo vigilancia por video y mis acciones pueden grabarse las 24 horas del día, los siete días de la semana, cuando estoy en las áreas comunes de la clínica.

Al firmar a continuación, certifico y reconozco los términos establecidos anteriormente de Spectrum Physical Therapy & Athletic Training / Bergen County Physical Therapy.

Firma: _____

Fecha: _____



Política de pago

- 1. Tarifas.** Si tiene seguro, presente su tarjeta de seguro válida en su primera visita. Como cortesía, facturaremos a su compañía de seguros por todos los servicios cubiertos. Sin embargo, usted será responsable de pagar todos los montos de copago, coseguro y deducible en el momento en que se presten los servicios. Además, usted será responsable de pagar los costos asociados con todos los servicios no cubiertos, incluidos, entre otros, proporcionar a terceros registros médicos e información sobre su atención según lo solicitado. Antes de su cita, realizamos una verificación de beneficios y elegibilidad para determinar sus beneficios de seguro de salud de fisioterapia. Sin embargo, recomendamos encarecidamente que todos nuestros pacientes realicen la misma verificación por su cuenta, ya que Spectrum no se hace responsable de la información falsa o incorrecta proporcionada por su compañía de seguros. Si tiene una compañía de seguros de salud secundaria a la que le gustaría cubrir su copago o coseguro, es nuestra política que aún le cobremos esos fondos en el momento de su visita. Sin embargo, nos complace proporcionarle la información necesaria que necesita para presentar esa reclamación por su cuenta. También cobramos \$100.00 por copiar registros médicos y completar formularios para su trabajo o escuela.
- 2. Estados de cuenta.** Los estados de cuenta se envían mensualmente; su factura incluirá una descripción de los servicios realizados y cualquier pago realizado por su compañía de seguros. Su saldo vence y se paga en su totalidad inmediatamente después de recibir su estado de cuenta. Es política de la compañía con todos los pacientes, tener la información de su tarjeta de crédito o débito en el archivo. No hacemos excepciones con respecto a esta política. Al firmar a continuación, usted acepta permitirnos cargar en su tarjeta de crédito el saldo pendiente de la cuenta no pagado dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la factura o si su factura no se nos devuelve como no entregada. Es posible que se apliquen tarifas de procesamiento adicionales. Además, usted acepta pagarnos por cualquier gasto (incluidos los honorarios legales) en los que incurramos en relación con el cobro de su cuenta vencida. Si alguna vez tiene alguna pregunta sobre un estado de cuenta o nuestro procedimiento de facturación, debe comunicarse con nosotros dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la factura; de lo contrario, el estado de cuenta es aceptable tal como se presenta. Para su comodidad, puede usar su tarjeta de crédito para pagar su factura por teléfono o en línea.
- 3. Cancelaciones.** Spectrum PTAT requiere un aviso con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o cambiar su cita. Si se realiza una cancelación o cambio con menos de 24 horas de anticipación, Spectrum se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$ 50.00.
- 4. Nuestro compromiso.** Nuestros terapeutas consideran sus relaciones con los pacientes como una confianza inviolable basada en el respeto, la compasión y la preocupación por la buena salud. Estamos orgullosos de nuestro alto nivel de trabajo y nos preocupamos por cómo se sienten nuestros pacientes acerca de los servicios que brindamos. La satisfacción del paciente y la confianza en que nuestra práctica brinda el más alto nivel de atención es el núcleo de nuestro compromiso de servicio. Si en algún momento usted, como paciente de nuestra práctica, no siente que estamos cumpliendo con este compromiso, notifiquenos de inmediato.

Condiciones de admisión a Spectrum Physical Therapy & Athletic Training, LLC. / Bergen County Physical Therapy Servicios para pacientes ambulatorios

- 1. Consentimiento para el tratamiento:** Entiendo que estoy siendo admitido para recibir tratamiento en un departamento ambulatorio de Spectrum Physical Therapy & Athletic Training, LLC. ("Spectrum") / Bergen County Physical Therapy, un centro de rehabilitación de cuidados intensivos. Por la presente, se otorga voluntariamente el consentimiento a Spectrum y a todos los profesionales de la salud que utilizan sus instalaciones para proporcionar tratamientos y / o evaluaciones integrales y terapéuticos que, a juicio de los profesionales de la salud apropiados, son necesarios para la salud y el bienestar del paciente mencionado anteriormente.
- 2. Ausencia de emergencia o circunstancia extraordinaria:** En el caso de que haya y ausente, emergencia o circunstancia extraordinaria, no se me realizarán procedimientos sustanciales a menos que y hasta que haya tenido la oportunidad de discutirlos con el médico u otro profesional de la salud a mi satisfacción. Yo o mi representante seremos informados de la naturaleza del procedimiento o tratamiento particular que un médico en una circunstancia similar revelaría razonablemente, lo que proporcionaría una persona razonable ; con una comprensión general del procedimiento o tratamiento, los posibles procedimientos y tratamientos alternativos y los riesgos sustanciales heredados en el procedimiento propuesto y que un paciente en mis circunstancias consideraría relevante al tomar una decisión sobre si someterse al tratamiento o procedimiento.
- 3. Investigación:** La investigación para mejorar la atención al paciente se lleva a cabo en esta clínica y es aprobada y monitoreada por miembros de Spectrum. Esta revisión y monitoreo aseguran una estricta confidencialidad con respecto a quién puede ver los registros médicos. Doy mi consentimiento para el uso de la información en mi registro con fines de investigación. Entiendo que posteriormente se me podría preguntar si estaría dispuesto a participar en proyectos de investigación si requieren actividades fuera de la atención clínica normal, y que tengo derecho a rechazar la participación.
- 4. Divulgación de información, HIPAA:** Entiendo y acepto que Spectrum puede divulgar todo o parte del registro de un paciente para obtener el pago de la totalidad o una parte de los cargos de Spectrum. Spectrum puede hacer esta divulgación a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato con Spectrum, el paciente, un miembro de la familia o el empleador del paciente, incluidas, entre otras, las compañías de seguros, las agencias gubernamentales (incluidos Medicare y Medicaid), aseguradoras de accidentes de trabajo, fondos de asistencia social, el empleador del paciente y otros terceros pagadores. Entiendo y acepto que Spectrum puede divulgar todo o parte del registro del paciente a otros proveedores de servicios o bienes de atención médica para hacer arreglos para la prestación coordinada de atención médica. Entiendo y acepto que la información, que Spectrum puede divulgar, puede incluir información o referencias a diagnósticos/condiciones relacionadas con el VIH/SIDA, uso o abuso de drogas y alcohol, control del dolor e información psiquiátrica o psicológica, informes, evaluaciones y diagnósticos, así como evaluaciones, consultas y recomendaciones de tratamiento. Spectrum puede divulgar información médica sobre un paciente al médico del paciente (anotado en el registro de admisión) y a: El personal de Spectrum que está autorizado a divulgar información del paciente incluye miembros del departamento de registros médicos, departamento de finanzas y personal clínico (incluidos médicos, enfermeras, terapeutas). Entiendo que tengo derecho a cambiar de opinión con respecto a la divulgación de información de mi registro médico en cualquier momento, enviando una notificación por escrito al director de Registros Médicos, pero esto no afectará la información que ya ha sido divulgada. Soy consciente de que las comunicaciones confidenciales entre un paciente y un psicólogo/psiquiatra con licencia están protegidas por el privilegio legal otorgado por la sección 28 de la Ley Pública de 1966, capítulo 282 a las comunicaciones confidenciales entre un paciente y un psicólogo/psiquiatra con licencia y no pueden divulgarse sin mi consentimiento Si no notifico al Director de registros médicos que estoy revocando este consentimiento para divulgar información, este consentimiento terminará un (1) año después de que se haya realizado el pago total a Spectrum por todos los bienes y servicios que se me proporcionaron.
- 5. Exposición a fluidos corporales:** En el caso de la exposición accidental de un trabajador de la salud a mi sangre u otros fluidos corporales. Por la presente autorizo a la clínica con la asistencia de personal certificado para tomar sangre, a extraer una muestra de sangre para detectar la presencia de patógenos transmitidos por la sangre, incluido el VIH (SIDA) y / o la hepatitis B o C Los resultados de dichas pruebas permanecerán confidenciales.
- 6. Responsabilidad Personal:** En el caso de que el pago de mis compañías de seguros y / o plan de beneficios sea insuficiente para cubrir el costo de mi tratamiento en la clínica, entiendo que, si las compañías de seguros y / o los planes de beneficios de salud no realizan ningún pago, soy responsable del pago de la totalidad del tratamiento. cobrar por el tratamiento proporcionado durante las visitas a la clínica Spectrum. Entiendo que si no pago todo el saldo dentro de (30) treinta días después de la fecha en que se me puede facturar, se puede cobrar un cargo del uno por ciento (1%) del saldo total de la cuenta. se agrega a la cuenta para ese período de facturación y cada mes a partir de entonces hasta que el saldo se pague en su totalidad. Además, entiendo que en el caso de que Spectrum conserve los servicios de una agencia de cobranza o un abogado debido a mi falta de pago de los saldos adeudados dentro de los (30) días posteriores a una demanda de pago, que soy responsable de los costos reales incurridos por Spectrum por estos servicios, que no excedan el treinta por ciento (30%) del saldo total pendiente en la cuenta.
- 7. Pago en exceso:** Autorizo a Spectrum a aplicar y acreditar cualquier pago en exceso realizado a Spectrum que me sea pagadero contra cualquier saldo adeudado a Spectrum del que soy la parte responsable. Asigno irrevocablemente a Spectrum todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por lesiones que Spectrum está tratando de cualquier reclamo o acción de terceros contra cualquier otra persona, entidad o compañía de seguros o de cualquier recuperación bajo las provisiones para conductores sin seguro o la provisión de pago médico de cualquier póliza de seguro bajo la cual pueda tener derecho a recuperarme por lesiones que están siendo tratadas por Spectrum. Los copagos vencen en el momento del servicio.
- 8. Acuso recibo del Aviso de Spectrum de Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente.**

Al firmar a continuación, certifico haber leído, revisado y aceptado los términos Spectrum Physical Therapy and Athletic Training LLC / Bergen County Physical Therapy. Entiendo el contenido de este formulario y acepto sus términos y disposiciones.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



Historial Medico

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____
 Altura: _____ Peso: _____ ¿Están sus vacunas al día? (Solo menores de 18 años) Sí No

Información de Contacto en caso de Emergencia:
 Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Información del médico de atención primaria:
 Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Necesidades religiosas/culturales: Sí No en caso afirmativo, explíquelo: _____
 Necesidades especiales de aprendizaje: Sí No en caso afirmativo, explíquelo: _____

A su leal saber y entender, marque cualquiera de los siguientes que haya tenido en el pasado o tenga actualmente.

| | | | | | |
|-------------|----|--|----------------|-------------|-----------------------------------|
| Sí | No | Alta presión anguina | Sí | No | Lesión de la médula espinal |
| Sí | No | Dolor torácico/Angina/Ataque al corazón | Sí | No | Lesión cerebral traumática |
| Sí | No | Colesterol alto | Sí | No | Carrera |
| Sí | No | Marcapasos | Sí | No | Fractura |
| Sí | No | Enfisema | Fecha: _____ | Área: _____ | |
| Sí | No | Asma | Fecha: _____ | Área: _____ | |
| Sí | No | Dificultad para respirar | Sí | No | Concusión |
| Sí | No | Trastornos de desmayos | Sí | No | Osteoporosis |
| Sí | No | Hepatitis | Sí | No | Esclerosis múltiple (MS) |
| Sí | No | Sangrado/moretones | Sí | No | Parkinson |
| Sí | No | Anemia | Sí | No | Hinchazón de extremidades |
| Sí | No | Diabetes | Sí | No | Articulaciones artificiales |
| Sí | No | Hipoglucemia | enumere: _____ | | |
| Sí | No | Cáncer/Tumores/Crecimientos | Sí | No | Mareos/Vértigos |
| Tipo: _____ | | | Sí | No | dolor nocturno |
| Sí | No | Trastornos de la sangre | Sí | No | Sudores nocturnos |
| Sí | No | HIV/AIDS | Sí | No | Embarazada |
| Sí | No | convulsiones | Sí | No | Incontinencia de vejiga/intestino |
| Sí | No | Ansiedad/ataques de pánico | Otro: _____ | | |
| Sí | No | Depresión | | | |
| Sí | No | Enfermedad Renal/Piedras | | | |
| Sí | No | Tos o atragantamiento cuando come o bebe | | | |

| | | | | | |
|--|----|----|---|----|----|
| Evaluación del riesgo de caídas | | | Cribado Nutricional | | |
| ¿Se ha caído en los últimos 6 meses? | Sí | No | Diarrea/ Náuseas/ Vómitos | Sí | No |
| ¿Experimenta vértigo o mareos? | Sí | No | Pérdida de peso inexplicable | Sí | No |
| ¿Tienes miedo de caer? | Sí | No | (>5% en los últimos 30 días) | | |
| ¿Se ha sentido inestable recientemente? | Sí | No | ¿Pérdida de apetito/aversión a la comida? | Sí | No |
| ¿Tienes problemas de visión? | Sí | No | Disminución de la ingesta de alimentos | Sí | No |
| En caso afirmativo, ¿usa lentes? | Sí | No | (<50% durante 3 o más días) | | |
| Utiliza sedantes que afectan su excitación durante el día? | Sí | No | Antecedentes de un trastorno alimentario | Sí | No |
| ¿Tiene una discapacidad en las extremidades inferiores que le afecta caminar | Sí | No | ¿Cambio en los hábitos intestinales? | Sí | No |



Evaluación del dolor:

Califica tu dolor: (SIN DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (INSOPORTABLE)

Ubicación del dolor: _____

Por favor enumere todos los medicamentos actuales y la dosis:

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Alergias:

Medicamentos: _____

Otras sustancias: _____

Por favor enumere todas las cirugías y las fechas aproximadas:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Por favor enumere todas las resonancias magnéticas (MRI), CAT Scan, rayos X, imágenes, etc., partes del cuerpo y la fecha aproximada en que se realizaron las imágenes

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento?

Firma: _____

Fecha: _____

Esta información se utilizará como guía para su plan de tratamiento. Si necesita algún seguimiento médico, comuníquese con su médico.

Para uso futuro, por favor déjelo en blanco.

He leído y revisado mi historial médico y he realizado todos los cambios necesarios. Al firmar a continuación, doy fe de que mi historial médico está actualizado y es correcto tal como aparece en este formulario.

Firma: _____

Fecha: _____

----- Para uso de oficina solo por debajo de esta línea -----

PT Signature: _____

Date: _____

(Therapist has reviewed medical history form with patient)

| | | | |
|---|-----|----|--|
| Patient has been identified as a falls risk: | Yes | No | (mark as yes if patient has answered yes to 3 or more fall risk questions above) |
| If yes, fall prevention program has been implemented | Yes | No | |
| Patient has been identified as a nutrition risk | Yes | No | (mark as yes if patient has answered yes to 3 or more nutritional questions) |
| If yes, has physician been notified? | Yes | No | |
| Patient has been identified as requiring social service referral: | Yes | No | |