



NUEVO FORMULARIO DE CLIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial Media: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal (si diferente): _____

Sexo: M / F Fecha de Nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Médico de referencia: _____ Teléfono: _____

¿Prefiere mensajes de texto o correo electrónico recordatorios de sus próximas visitas?

Mensaje de texto (Completé el número de teléfono celular de arriba) _____

Proveedor de telefonía celular: AT & T / Verizon / Cingular / T-Mobile / Virgin Mobile / Otros: _____

correo electrónico (Completé la dirección de correo electrónico arriba)

¿Como supiste de nosotros?

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> televisión | <input type="checkbox"/> redes sociales | <input type="checkbox"/> evento comunitario | <input type="checkbox"/> acceso directo | <input type="checkbox"/> salud seguro |
| <input type="checkbox"/> radio | <input type="checkbox"/> sitio web | <input type="checkbox"/> páginas amarillas | <input type="checkbox"/> amigo/familia | <input type="checkbox"/> médico remitente |
| <input type="checkbox"/> correo electrónico | <input type="checkbox"/> repaso sitio web | <input type="checkbox"/> entrenamiento atletico | <input type="checkbox"/> empleador | <input type="checkbox"/> autorreferencia |
| <input type="checkbox"/> búsqueda en internet | <input type="checkbox"/> anuncio impreso | <input type="checkbox"/> gimnasio | <input type="checkbox"/> personal | <input type="checkbox"/> cliente que regresa |
| <input type="checkbox"/> otro: _____ | | | | |

¿Ha tenido terapia física / terapia del habla / tratamiento quiropráctico este año calendario? Sí No

¿Donde? _____

¿Tiene actualmente o ha tenido en los últimos 6 meses cuidado de salud en el hogar? Sí No

¿Donde? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Médico Primario: _____ Seguro Médico Secundario: _____

COMPLETA esta sección solo si **NO** eres el suscriptor:

Titular de la Póliza (Primario): _____ Titular de la Póliza (Secundario): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el cliente: _____ Relación con el cliente: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE

Si el paciente es un **MENOR**, proporcione la siguiente información como garante de su cuenta

Nombre del garante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Cliente / Guarda Partido: _____ Fecha: _____



Política de la Oficina / Acuso De Recibo De La Notificación De Prácticas De Privacidad

POLÍTICA FINANCIERA: Se factura a su compañía de seguros personales únicamente como una cortesía a usted. Usted es responsable de su factura. Si cambia la cobertura de seguro durante el tratamiento, es su responsabilidad de notificar a la oficina de este cambio. Si su compañía de seguros no remite el pago en el plazo de 60 días, el saldo actual se vence en su totalidad de usted. En el caso de que sus peticiones compañía de seguros el reembolso de los pagos efectuados a nosotros, usted puede ser responsable de la cantidad de dinero será devuelto a su compañía de seguros. Si el pago se hace directamente a usted por la compañía de seguros por servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de remitir sin demora el pago (s) para nosotros. Si los procedimientos formales de las colecciones llegar a ser necesario usted será responsable por los costos adicionales incurridos.

La figura adjunta beneficios no los incluye a todos. Se limita a las limitaciones de cobertura, los términos de su contrato con su seguro, condiciones de cualquier contrato directo o indirecto que tenemos con el ordenante, y la interpretación de su plan de seguro específico de la necesidad médica de los servicios prestados. Por favor refiérase a los seguros de los acuerdos aplicables sobre plan de beneficiar a su para determinar las limitaciones o exclusiones para la rehabilitación de los servicios de su. Los beneficios derivados han sido citados a nosotros por su compañía aseguradora y se han revisado con usted. Los beneficios están sujetos a cambios. No asumimos ninguna responsabilidad por cualquier error cometido por su compañía de seguros. Hemos revisado estos beneficios con usted y usted se compromete a pagar su parte de este proyecto de ley.

Además, entiendo que no puedo cambiar mi opción elegida de pago después de los servicios han sido prestados.

- Elijo pagar el total estimado por visita. He recibido una impresión del contenido de mis beneficios. Entiendo que últimamente es mi responsabilidad de saber la extensión de mis beneficios. _____ (por favor inicial)
- Elijo auto-pago a una tasa de caja descontado. Además, entiendo que ninguna compañía de seguros será facturado y que no puedo pasar de esta opción durante mi curso de tratamiento. _____ (por favor inicial)

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO O TRATAMIENTO: Su médico completará una evaluación y / o visitas de seguimiento mediante examen y entrevista en la clínica o mediante tecnología de audio y video síncrono (telesalud). Su programa de tratamiento individual se diseñará y ajustará según sea necesario y se pueden utilizar una variedad de técnicas de tratamiento. Independientemente del tipo de visita, el medio de tratamiento cumplirá con HIPAA, el paciente y / o proveedor tiene el derecho de detener la sesión de tratamiento por cualquier motivo en cualquier momento, y un proceso de queja formal está disponible para que el paciente informe cualquier problema con su experiencia. Yo, el abajo firmante, acepto y doy mi consentimiento para que **Central Valley Physical Therapy** brinde atención y tratamiento en una clínica o medio de telesalud que se considere necesario y adecuado para evaluar o tratar mi condición física.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD: Como padre y/o guarda legal, autorizo **Central Valley Physical Therapy** para tartar _____ (el nombre del menor de edad).

- El menor nombrado podrá asistir a las visitas sin supervisión después de la evaluación inicial y puede firmar su/ella misma en en cada cita. Las Citas De telesalud no pueden ser completadas independientemente por un menor, un padre /tutor debe estar presente durante toda la visita. _____ (Padre/guardian inicial)

ASIGNACIÓN DE LAS BENEFICIOS DE SEGURO: Autorizo por este medio **Central Valley Physical Therapy** para suministrar la información a los portadores de seguro referentes a este tratamiento y asigno por este medio todo el pago para los servicios hechos.

CANCELACIÓN; POLÍTICA DE LA AUSENCIA: Requerimos 24 horas de aviso en caso de cancelación. La carga para la cancelación sin el aviso apropiado es \$65 para una visita de la terapia física. Esta carga no será cubierta por el seguro, sino tendrá que ser pagada por ti personalmente antes de recibir el tratamiento adicional.

CO-PAYMENTS: Por nuestras reglas que entran en contacto con, los co-pagos son debidos a la hora de servicio.

NON-SUFFICIENT FUNDS: Los cheques vueltos para los No-Suficientes fondos pueden estar cobrado un honorario de proceso \$25.

ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Al firmar este formulario, usted es responsable del recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Movement for Life clinics. Nuestra Notificación proporciona información sobre cómo podemos usar y revelar la información médica que mantenemos sobre usted. Le recomendamos a leer nuestra Notificación completa. Si usted tiene cualquier pregunta sobre nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad que nuestro personal en la sección de registro no pueda contestar, por favor póngase en contacto con nuestra Oficina Privacidad al 805-788-0805 ó en el 1106 Walnut Street, #110, San Luis Obispo, CA 93401.

CLIENTE / GUARDA PARTIDO

FECHA

IMPRIMIR POR FAVOR EL NOMBRE

(Relación con el cliente: self, guardián)

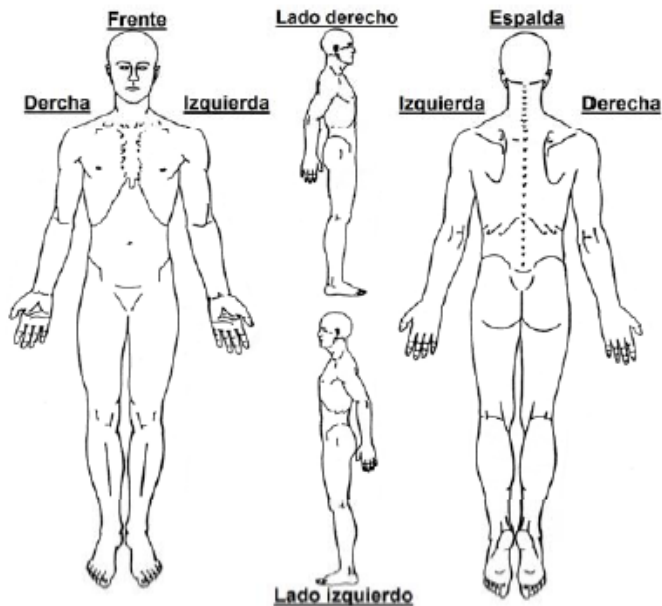


Medical Screening Form

Nombre: _____ Años: _____ Ocupación: _____

CONDICIÓN ACTUALMENTE:

Por Favor, use los símbolos de estas señalar la ubicación de síntomas: ^^^ Entumecimiento | *** Pernos y Agujas | /// Dolor



¿Cuándo/Como ocurrieron estos síntomas? Fecha _____

Gradualmente Repentinamente Herida

Por favor, describa: _____

Mis síntomas están: Major Casi Igual Peor

¿Has tenido este problema antes? YES NO

Si es así, ¿Cómo se trató el problema y ayudó? _____

¿Ha tenido estudios hechos para este problema?

(radiografías, MRI, etc)? YES NO

¿Cuáles son sus metas para terapia física?:

Actualmente, estoy experimentando el siguiente (circundar todos que apliquen):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vértigos | <input type="checkbox"/> Dolor en la noche | <input type="checkbox"/> La náusea/el vomitar | <input type="checkbox"/> Fatiga > 2-4 semanas o debilidad generalizada |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> La pérdida de peso inexplicada | <input type="checkbox"/> Brevedad de la respiración | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultad que tragar | <input type="checkbox"/> La depresión | <input type="checkbox"/> Cambios en apetito | |
| <input type="checkbox"/> Cambos en la función del intestine o de la vejiga | <input type="checkbox"/> La fiebre/las frialdades/suda | <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo | |

¿Durante el ultimo mes, ha sintiendo deprimido, presionado o desesperado? SÍ NO

¿Durante el último mes, ha tenido poco interés o placer en hacer actividades de diversión? SÍ NO

¿Se ha caído en los últimos 12 meses? Sí No Si es así, ¿cuántas veces? _____

HISTORIA MÉDICO:

Circula cualquier condición que tengas o has tenido:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta tension arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón | <input type="checkbox"/> Historia de coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Angina |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación/sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Asma / alergias | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer –Tipo _____, Tratamiento _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia |

¿Eres alérgico al látex? SÍ NO ¿Estás embarazada? SÍ NO

¿Fumas? SÍ, cantidad/por día _____ NO ¿Alérgico a los esteroides? SÍ NO

¿Tu bebes? SÍ, cantidad/por día _____ NO ¿Usas marihuana/CBD? SÍ NO

¿Estás tomando medicaciones? SÍ NO

En caso afirmativo, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente. Por favor, incluya la dosis / frecuencia o proporcione una lista: (Si es necesario, puede suministrarse un registro complete de medicamentos)

Por favor enumere cualquier condición médica y cirugías pasadas con fechas que no se hayan documentado anteriormente:

