



NUEVO FORMULARIO DE CLIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR

Lesión Tipo: Inicio *Por favor complete las casillas A, C y D*

Auto *Completa A, C y D*

El trabajo *Por favor completar A, B y C*

Otro: _____

Fecha del accidente: _____

A.
Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial Media: _____

Dirección de casa: _____

Dirección Postal (si diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____ # de Licencia de Manejar: _____

de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M / F

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Médico de referencia: _____ Teléfono: _____

Dirección del Médico: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

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

Mensaje de texto

correo electrónico

llamada telefónica

(Completé el número de teléfono celular de arriba) (Completé la dirección de correo electrónico arriba)

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

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

¿Ha sido hospitalizado en los últimos 60 días? Sí No

¿Si contestó que sí, quién es su proveedor para cuidado de salud en el hogar?: _____

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

¿Donde? _____

How did you hear about us? *anuncio impreso* *televisión* *radio* *entrenamiento atletico* *cliente*

evento comunitario *acceso directo* *empleador* *amigo/familia* *gimnasio* *búsqueda en internet*

anuncio publicitario *médico remitente* *cliente que regresa* *autorreferencia* *redes sociales* *personal*

sitio web *páginas amarillas* *otro*

B.
Si es compensación a trabajadores: Empleado en cuando se lastimó: _____ Teléfono: _____

Empleado Dirección: _____

C.
¿Tiene un abogado? Sí / No Nombre del abogado: _____ Teléfono: _____

D.
Seguro Médico Primario: _____ Titular de la Póliza: _____

Relación con el cliente: _____ Titular: _____
de Identificación Fecha de Nacimiento # de Grupo

Seguro Médico Secundario: _____ Titular de la Póliza: _____

Relación con el cliente: _____ Titular: _____
de Identificación Fecha de Nacimiento # de Grupo

Firma del Cliente/Tutor: _____ **Fecha:** _____



Formulario de Evaluación Médica

Nombre: _____ Fecha: _____ Genero: Hombre Mujer
Años: _____ Ocupación: _____ ¿Está Trabajando? Si No

CONDICIÓN ACTUALMENTE:

Donde están sus síntomas: _____

¿Cuándo comenzaron estos síntomas? _____

¿Cuándo ocurrió esta lastimadura? gradualmente repentinamente herida Por favor, describa: _____

Mis síntomas están: mejor casi igual peor

¿Lista por favor cualquier tratamiento anterior para la condición que le estamos viendo para hoy? _____

¿Has tenido este problema antes? SÍ NO

¿Cómo fue tratado? _____

¿Le ayudó el tratamiento? _____

¿Ha tenido estudios hechos para este problema (radiografías, MRI, etc.)? SÍ, dónde: _____ NO

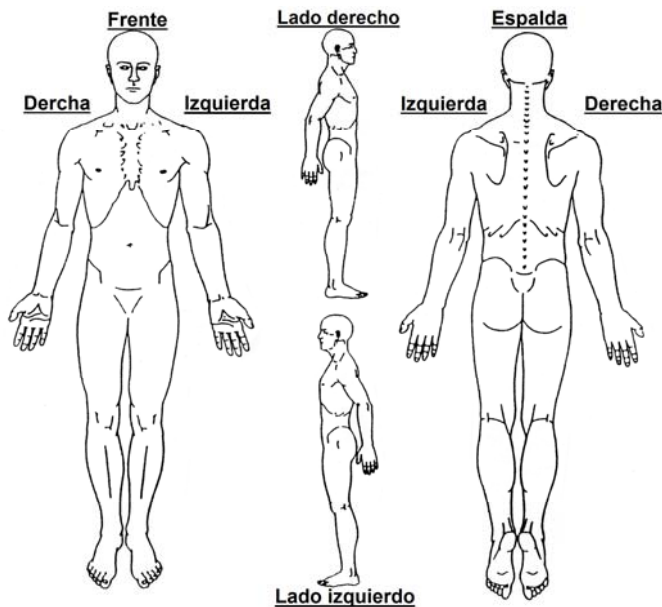
Factores Agravantes: Identificar hasta 3 actividades importantes que usted no puede hacer o tiene problemas con él, como resultado de su problema: _____

Por Favor, use los símbolos de estas señalar la ubicación de síntomas:

^^ Entumecimiento

*** pernos y agujas

//// dolor



Encierre en un círculo el número que representa su calificación de dolor en el presente:

Sin Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **El Peor Dolor**

Encierre en un círculo el número que represente su calificación de dolor en el mejor de los casos durante la semana pasada:

Sin Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **El Peor Dolor**

Marque con un círculo el número que represente su calificación de dolor en el peor de los casos durante la última semana (si tiene tiempo sin dolor, tenga en cuenta 0):

Sin Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **El Peor Dolor**

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vértigos | <input type="checkbox"/> entumecimiento/el | <input type="checkbox"/> zumbido equilibrio pobre/caídas |
| <input type="checkbox"/> La pérdida de peso inexplicada | <input type="checkbox"/> Dificultad que traga | <input type="checkbox"/> la depresión |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la noche | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> brevedad de la respiración |
| <input type="checkbox"/> La fiebre/las frialdades/suda | <input type="checkbox"/> la náusea/el vomitar | |
| <input type="checkbox"/> Cambios en apetito | <input type="checkbox"/> cambios en la función del intestino o de la vejiga | |

¿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"/> Artritis | <input type="checkbox"/> derrame cerebral | <input type="checkbox"/> alta tensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> enfermedad de riñón | <input type="checkbox"/> cáncer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> diabetes - <input type="checkbox"/> antes de los 18 <input type="checkbox"/> después de los 18 |
| <input type="checkbox"/> Angina/asma | <input type="checkbox"/> marcapasos | <input type="checkbox"/> alergias |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> problemas de la circulación/sangre |

¿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

¿Durante el último 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

¿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 completo de medicamentos)*

Por favor, haga una lista de las cirugías pasadas (o lesiones) y fechas:

Por favor lista cualquier dolencia que tiene que no se haya documentado arriba:

¿Cuáles son sus metas para terapia física y/o la salud?

¿Cuáles son su terapia física y / o metas de la aptitud (escribir o completar la frase que se aplica a usted)?

Disminuir el dolor con la _____

Mejorar la capacidad de _____

¿Esta usted físicamente activo? SÍ NO

Firma de paciente: _____ Fecha: _____



NOTICE OF PRIVACY PRACTICE ACKNOWLEDGEMENT

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* for the Movement for Life clinics. Our Notice provides information about how we may use and disclose the medical information that we maintain about you. We encourage you to read our full Notice. If you have any questions about our Notice of Privacy Practices that our registration staff cannot answer, please contact our Privacy Office at 805-788-0805 or 1106 Walnut Street, #110, San Luis Obispo, CA 93401.

Signature: _____ Date: _____

Patient, Parent or Patient's Representative

If other than patient, please specify relationship: _____

ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted acusa 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 exhortamos 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.

Firma: _____ Fecha/Date: _____

Paciente, Padre, Representante Personal

De ser otra persona que el paciente, especifique la relación: _____

FOR OFFICE USE ONLY: INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

If the clinic is not able to obtain the patient's acknowledgement, please complete the following:

Reason acknowledgement was not obtained:

- Patient refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- Patient unable to sign
- Other:

Staff Signature: _____

Print Name: _____ Date: _____



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 remitir el pago en el plazo de 60 días, el saldo adeudado 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 de llegar a ser necesario que 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 a medida que avanzo. 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)
- decido solicitar el reembolso de un seguro de auto tercero. Por esta razón, estoy de acuerdo en pagar un cargo sin descuento y recibir una factura detallada. _____ (por favor inicial)
- Tengo un abogado de Lien firmado el archivo. _____ (por favor inicial)
- Entiendo que se requiere mi empleador de proporcionar pre-pago por mi tratamiento antes de mi visita. Ninguna de las visitas pérdidas o no utilizados por el final del tratamiento no serán devueltos. _____ (por favor inicial)

ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD DEL PAGO DE MI CUENTA.

PACIENTE / GUARDA / FECHA DE FIRMA RESPONSABLE DEL PARTIDO

FECHA

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO O TRATAMIENTO: Su terapeuta físico terminará una evaluación por exanimación y entrevista. Su programa individual del tratamiento entonces será diseñado. Una variedad de técnicas del tratamiento pueden ser utilizadas. Yo, el firmante, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que **Central Valley Physical Therapy** suministre el cuidado y el tratamiento de la terapia física considerado necesario y apropiado en la evaluación o tratamiento de 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).

- Aboved menor nombrado podrá asistir a las visitas sin supervisión después de la evaluación inicial y puede firmar su/ella misma en en cada cita. (Padre/gardian 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.

DEMANDAS DE LA REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES'(Workers' Compensation): Si reclama ventajas de la remuneración de trabajadores y después las ventajas están negadas, puede ser detenido responsable por tales ventajas por la cantidad total de cargas 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 pautas 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.

PACIENTE / GUARDA PARTIDO

FECHA

IMPRIMIR POR FAVOR EL NOMBRE

(relación con el paciente: self, guardián)



Opciones del Pago

Pagos en línea: www.movementforlife.com/payments
Cash, Check, Visa, MasterCard, AMEX, Discover

Pagar-Como-Usted-Ir ~ Pagar su co-pago más una porción estimada de su deducible insatisfecha y coaseguro en cada visita.

- Ofrecemos un resumen de los costos estimados en base a una verificación de sus beneficios, nuestro contrato con su seguro y el tratamiento
- Le cuenta a su seguro, y sin agurda la notificación de su compañía de seguros * nos de su saldo a pagar (responsabilidad del paciente). A continuación, le facture mensual de su saldo restante. En el caso de pago en exceso, le emitiremos un reembolso una vez que su seguro ha reconocido todas sus reivindicaciones para su.

***Nota:** Las compañías de seguros determinan nuestras tarifas y su saldo a pagar a excepción de nuestros pacientes tasa de efectivo. Declaraciones iniciales de los pacientes pueden retrasarse hasta varios meses ya que trabajamos con su compañía de seguros para cubrir su tratamiento de acuerdo a sus beneficios y determinar la responsabilidad del paciente correcto.

Auto/MVA ~ Aceptamos solos los planes de seguros de automóviles 1ra fiesta. (Política perteneciente a la paciente)

- Si usted está buscando el reembolso para el tratamiento o la póliza de automóvil no pertenece al que hay dos opciones:
 1. Si usted está planeando para perseguir el reembolso de la política de la otra parte, es posible pagar el cargo sin descuento para el tratamiento y solicitar un informe detallado a continuación, que puede enviar a la política de la otra parte para el reembolso.
O
 2. Puede pagar las tasas de efectivo. Por favor, vea los detalles a continuación.

Efectivo Precios ~ Pagar nuestras tasas de caja descontados en cada visita.

- Estas cantidades no serán facturados a su seguro. Nosotros NO ofrecer declaraciones detalladas para.

Tarifas: \$125 / visita inicial con evaluación

\$90 / visita regular

El usuario no puede cambiar hacia o desde esta opción durante el curso de la atención



Attention: Medical Records
1106 Walnut Street, #110
San Luis Obispo, CA 93401
Phone: (866) 387-7778

Email: recordsrequests@movementforlife.com

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

operaciones operaciones operaciones

No se requiere autorización para el uso o divulgación de información relacionada con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica o si lo requiere la ley o reglas

(1) Nombre Impreso del Paciente:

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento: ____/____/____

(2) Sólo revelaremos la información médica protegida que usted autoriza para ser liberados. Marque sólo una casilla para decirnos qué información podemos divulgar / release:

- NO divulgar cualquier información que no sea para tratamiento o pago (saltar #'s 3, 4 y 5)
- La información limitada (complete todas las secciones)

(3) Complete sólo si se ha seleccionado "información limitada". Escriba sus iniciales en lo que corresponda:

____ Evaluación / Examen ____ Asistencia ____ Correspondencia re: su Terapia Física Servicios
____ Historial Médico Tratamiento s ____ Tratamientos ____ Terapia Física Bill / Declaración
____ Otros _____

(4) Complete sólo si se ha seleccionado "información limitada". Yo sólo autorizo la entrega de información a los individuos / entidades señaladas a continuación por su nombre:

Cónyuge: _____ Abogado: _____
Padre : _____ Empleado: _____
Amigo: _____ Escuela: _____
Asistencia: _____ Otros: _____

(5) Marque sólo una casilla que indica cuánto tiempo podemos utilizar esta autorización:

- Divulgar mi información de manera indefinida (siempre y cuando Athlon PT tiene la custodia de mis archivos)
- Divulgar mi PHI para el siguiente período que comienza el ____/____/____ y terminando ____/____/____

(6) Escriba sus iniciales en todos los artículos de abajo indica que usted ha leído y entendido los derechos o la información a continuación:

- ____ Entiendo que esta autorización no caduca a menos que haya indicado una fecha de caducidad más arriba
- ____ Entiendo que puedo negarme a dar la autorización , sin temor a represalias o de tratamiento de las limitaciones
- ____ Entiendo que si doy autorización puedo revocar en cualquier momento mediante notificación por escrito Athlon PT
- ____ Entiendo que la información utilizada / divulgada como resultado de mi autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y no puede ser protegida por las regulaciones federales de privacidad , una vez en posesión del destinatario
- ____ Entiendo que si Athlon PT solicita mi autorización se requiere para decirme al efecto y de quien mi PHI (información protegida de salud) está siendo puesto en libertad a
- ____ Entiendo que recibiré una copia de esta autorización después de firmarlo y antes de firmar , si lo solicito
- ____ Athlon PT no será compensada por usar o divulgar mi PHI , a menos relacionadas con el tratamiento / pago procedimientos , sin autorización expresa de mí después de la plena revelación de propósito y la intención

Firma del Paciente

Fecha

or

Firma del Padre o Representante Autorizado Fecha
(Indicar la relación)

Usted puede negarse a firmar esta Autorización