ARIZONA PHYSICAL THERAPY, PC

PATIENT REGISTRATION

**A.** Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primero Apellido Segundo Nombre

Domicilo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado\_\_\_\_\_\_\_Còdigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M F Estado Civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SSN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico que Refiriò\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mèdico Primario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portador de Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B.** Ha sido tratado ùsted para esto en el año pasado? Si No

¿ Si si, cuando y donde?\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C.** ¿La herida es relacionada al trabajo? Si No Feche de Herida\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de Reclamo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de empleador al momento de accidente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direcciòn de empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ajustador del Caso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D.** ¿Come escucho de nuestra clinica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E.** ¿Le tiene o retenderà usted a un abogado con respecto a su herida? Si No

Nombre de abogado/nombre del bufete\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direcciòn de abogado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partido Resonsable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Padres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Si menor de edad)

**ARIZONA PHYSICAL THERAPY, PC**

2900 E Broadway Blvd #132, Tucson, AZ 85716 TEL 520-889-1622 FAX 520-889-1618

Acuerdo Financiero/Descarga Medica

A cambio de los servicios prestados por terapia fisica, acuerdo pagar por esos servicios, como se indica en mi cuenta yo formulare un acuerdo financiero que sea satisfactorio para Arizona Physical Therapy, PC para mis pagos. Si la cuenta fuera enviada a un abogado, acepto pagar todo costo legal razonable y/o los gastos por el cobro. El monto de los costos legales sera establecido por una corte de justicia, y no por un jurado de la corte.

Es responsabilidad del paciente informar detalladamente a Arizona Physical Therapy, PC de su seguro medico. Si el paciente tuviera mas de una forma de seguro medico, debera notificarnos. Cualquier saldo impago por seguro medico primario o secundario es responsabilidad del paciente. La falta de notificar a Arizona Physical Therapy, PC de cualquier otro seguro medico resultara en “falta de autorizacion” para su tratamiento. Le rogamos verificar la validez de su seguro medico actual, especialmente en lo que indique su compania de seguro medicos por cobertura de atencion a pacientes externos, por “co-pago” y por cualquier otra limitacion a servicios relacionados con su tratamiento de terapia fisica. Por favor recuerde que su contrato de seguro medico es entre usted y su compania del seguro medico. Se requiere el pago completo por tratamiento, cada vez que reciba nuestros servicios.

Para su conveniencia, le cobraremos directamente a su seguro medico primario y secundario. Sin embargo, no quedara exento de cualquier responsabilidad financiera por todo cargo que corresponda. Presentaremos nuestra solicitud de pago por seguro puntualmente, y esperaremos pagos dentros del los 60 dias. Se le requiere el pago de un porcentaje o “co-pago” cada vez que se le suministre servicios. A todo saldo que no sea pagado dentro de los 90 dias o mas se le agregara una tarifa adicional con tasa de interes mensual de 1.5%.

Si no puede presentarse a una cita, debe informarnos con 24 horas de anticipacion.

Conforme a las previsiones en los reglamentos HIPAA para Arizona Physical Therapy, PC, autorizo la descarga de cualquier informacion medica relacionada directamente con mi tratamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha Relacion con el paciente

••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••

Aunque el pago por mi tratamiento podra provenir de otras fuentes (p.ej. seguro de automovil/seguro contra accidentes de trabajo) solicito que Arizona Physical Therapy, PC le cobre a mi seguro de salud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha Relacion con el paciente

**ARIZONA PHYSICAL THERAPY, PC**

**Poliza De No Asistencia**

En nuestro esfuerzo por proveer de alguna manera el mejor servicio a tiempo a nuestros pacientes hemos establecido la pòliza de “No Asistencia/Cancelaciòn”.

**Es resonsabilidad del paciente notificar a nuestra clinica de cualquier cancelaciòn o retraso 24 horas antes de su cita.**

La primer cita que no asista, el paciente sera removido del horario para sus citas futuras y requerirà de poner nuevas citas futuras.

Si el paciente cancela o no asiste constantemente se le pedirà que continue con su terapia en otro lugar.

Una vez màs le damos las gracias por la oportunidad de tartar de servirle major a usted y a todos nuestros pacientes.

Con las initiales abajo el paciente entiende la pòliza de “No Asistencia/Cancelaciòn”.

Inicial Fecha

**Políza de Verificación de Seguro**

Nosotros, aquí en Arizona Physical Therapy, verificamos su beneficio de seguro como cortesía para usted, como paciente. Tenga en cuenta que Arizona Physical Therapy no es responsable por los beneficios mal cotizados de su compañía de seguros. Le recomendamos que verifique sus beneficios con el manual para miembros de su plan de seguro médico relacionado con sus beneficios de terapia física para pacientes ambulatorios.

He leído y entiendo la Política de verificación de seguro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente / tutor Fecha

