



OPTherapy & Wellness
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal (Primero, Apellido, Segundo) _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Seguro Social _____ - _____ - _____ # Lic. de conducir _____
Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____
Teléfono preferido para llamadas rutinarias (____) _____ - _____ Teléfono secundario (____) _____ - _____
Correo electrónico _____ Enviar recordatorios de citas vía Llamada ____ Texto ____
Estado civil Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Separado ____ Pareja de hecho ____
Estado de Empleo Tiempo completo ____ Tiempo parcial ____ Retirado(a) ____ Incapacitado ____
Empleador/Nombre de la escuela _____ Teléfono del empleador (____) _____ - _____
Título de trabajo _____

RESPONSABLE PRINCIPAL (Complete si la información del paciente es diferente a la anterior)

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección postal _____ Seguro Social _____ - _____ - _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Parentesco con el paciente _____ Teléfono preferido (____) _____ - _____

DATOS DEL SEGURO

Nombre de la empresa de *seguro principal* _____ Nombre del suscriptor _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ ID # _____ Group # _____ Parentesco con el paciente _____
Nombre de la empresa de *seguro secundario* _____ Nombre del suscriptor _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ ID # _____ Group # _____ Parentesco con el paciente _____

AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por la presente autorizo a OPTherapy & Wellness, a través de su personal apropiado, a comunicarse con _____, mi (circule uno) esposo(a)/ hermano(a) / madre / padre / hijo(a) / pareja / amigo con respecto a mis citas, registros médicos y facturación de servicios prestados en mi nombre. Otorgo a OPTherapy & Wellness para dejar un mensaje con respecto a mis próximas citas, problemas relacionados con el tratamiento e información de la cuenta al siguiente número:

Teléfono (____) _____ - _____ Nombre _____

¿Cómo se enteró de OPTherapy & Wellness?

Referencia de un médico ____ Google ____ Facebook ____ Familiar ____ Otra comunicación _____



HISTORIA Y ESTADO MEDICO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Médico referente _____ Teléfono (____) _____ - _____

Dirección postal _____

Próxima cita médica: Fecha _____ Hora de la cita _____

Primary Care Physician _____

HÁBITOS SALUDABLES

Edad _____ Altura _____ Peso _____

Fumas?: Si _____ No _____ Alcohol: Presente _____ Pasado _____ Nunca _____

¿Hace ejercicio más allá de las actividades y tareas diarias normales? Si _____ No _____

HISTORIAL MÉDICO / QUIRÚRGICA

Verifique cualquiera de las siguientes condiciones de salud que experimentó actualmente o anteriormente.

Musculoesquelético

- Osteoporosis
- Artritis
- Reemplazo de la articulación
- Dislocaciones
- Fracturas/huesos rotos
- Hernia de disco/ruptura
- Hinchazón
- Dolores de cabeza

Cambio en la salud

- Coordinación disminuida
- Fiebre/escalofríos/sudores nocturnos
- Hormigueo entumecimiento
- Náuseas vómitos
- Cambios de apetito
- Pérdida de peso inexplicable
- Dificultad para tragar

Falta de aliento

Respiración dificultosa

Desmayo

Pérdida de la audición

Cambios de visión

Cambios de intestino / vejiga

Otro: _____

Historial médico

Cancer

Diabetes

Tipo 1 Type 2

Hipertensión

Presión arterial baja

Historia de la caída

Carrera o TIA (pequeños trazos)

Convulsiones

Epilepsia

Enfisema

Nefropatía

Fiebre reumática

Úlceras

Glaucoma

Gastrointestinal

Angina

Marcapasos

Problemas tiroideos

Enfermedad contagiosa (i.e. HIV, Hep C)
If Yes, _____

Bajo estrés

Dipayrido(a)

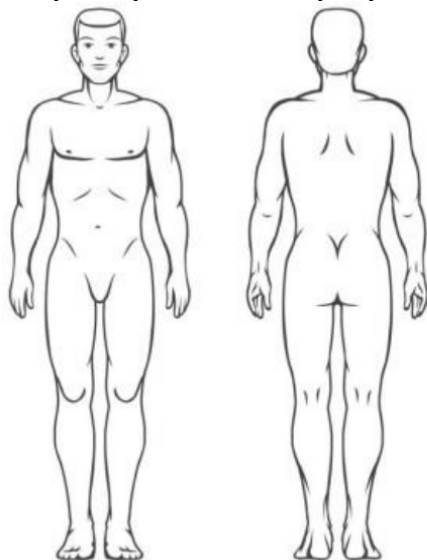
Actualmente embarazada

En caso afirmativo, fecha de vencimiento _____

¿Cuál es la naturaleza de su lesión actual?

- Relacionado con el trabajo
 Crónica / recurrente
 La caída
 Accidente de vehículo motorizado
 Recreativa
 Levantar o llevar
 Insidiosa
 Cirugía

Marque la parte del cuerpo que estamos tratando:



¿Cuál fue la fecha de la lesión? _____

¿Qué le gustaría lograr asistiendo a la terapia? _____

Por favor califique su nivel de dolor:

(sin dolor) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (peor)

¿Qué empeora tu dolor?

¿Qué mejora tu dolor?

¿Qué tratamientos ha recibido para esta lesión?

- Quiropráctica
 Acupuntura
 Masaje
 Otro: _____

Ayudó? Si No

Actualmente estás consiguiendo: Mejor Peor Misma

¿Has tenido una lesión similar antes? Si No

Si es así, entonces cuando? _____

MEDICATIONS

| Receta/Sin Receta/Vitaminas | Frecuencia | La Dosis |
|-----------------------------|------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Politica de Asistencia (Por favor lea completamente)

OPTherapy & Wellness se esfuerza por brindar a cada paciente la más alta calidad de atención mientras intenta adaptarse a su horario para su conveniencia. Por lo tanto, proporcionamos espacios de tiempo reservados para cada paciente con el fin de minimizar su espera y asegurar la continuidad de su tratamiento. Su asistencia constante al régimen de tratamiento planificado es fundamental para su recuperación completa.

Nos damos cuenta de que surgen emergencias y otros conflictos de programación y que a veces son inevitables. Sin embargo, la notificación anticipada nos permite ofrecer su tiempo a otro paciente que necesite servicios. Por lo tanto, OPTherapy & Wellness ha implementado la siguiente política de cancelación de 24 horas.

- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita y no nos notifica, es posible que se cancele el tratamiento y se le cobre una tarifa por faltar a la cita.
- Una cita programada DEBE CANCELARSE CON AL MENOS 24 HORAS DE ANTELACIÓN o se le cobrará una tarifa por esa cita.
- Si no se presenta a una cita ("NO SHOW") sin notificarnos, se cobrará una tarifa por esa cita. Además, 2 ausencias consecutivas resultarán en la cancelación de todas las citas programadas restantes.
- A todos los pacientes, independientemente del seguro / tercero pagador, se les cobrará una TARIFA DE CANCELACIÓN de \$ 45 por cada cita tardía, cancelada tardíamente o por no presentarse. EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE LA TARIFA, NO DEL SEGURO / PAGADOR DE TERCEROS. Este cargo debe pagarse en la próxima cita o antes.
- Todas las cancelaciones y no presentaciones se documentarán en su expediente médico y se informarán adecuadamente a su médico y al seguro / pagador externo.
- Aunque nuestro programa de programación está automatizado para enviar un recordatorio por correo electrónico / texto, a veces puede haber una falla en el sistema. Es responsabilidad del paciente saber cuándo es la cita, consultar con la clínica para confirmar si es necesario y llegar a tiempo.

Creemos que esta política es necesaria para el beneficio de todos nuestros pacientes, para que podamos continuar brindando un tratamiento y servicio de alta calidad a todos.

Todo el personal de OPTherapy & Wellness agradece su anticipada adhesión y cooperación con esta política. Le deseamos mucha suerte con su tratamiento. Estamos aquí para ayudarlo a alcanzar todas sus metas y optimizar su regreso a todas sus actividades previas a la lesión.

Reconocimiento / Firma del Paciente

Fecha

Consentimiento y Declaración de Responsabilidad Financiera

1. **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a mi fisioterapeuta y a otros profesionales y asistentes de atención médica que puedan estar involucrados en mi atención, a brindar atención y tratamiento recetados por mi médico y / o considerados necesarios o aconsejables por mi médico, terapeuta u otros profesionales de la salud. Al hacerlo, entiendo, reconozco y afirmo que dicha rehabilitación y servicios relacionados pueden involucrar contacto corporal, contacto físico y / o contacto directo de naturaleza sensible. Entiendo que un diagnóstico de fisioterapia no es un diagnóstico médico de un médico. Entiendo que mi tratamiento puede incluir técnicas que pueden provocar hematomas, enrojecimiento de la piel, dolor después del tratamiento y hematoma, que incluyen, entre otros, descompresión miofascial, restricción del flujo sanguíneo, movilización de tejidos blandos o técnica Graston®, punción seca, ventosas Terapia, manipulación de empuje de alta velocidad y baja amplitud y análisis de la marcha. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi fisioterapeuta u otro profesional de la salud si siento alguna molestia o dolor durante cualquier tratamiento o si tengo otras inquietudes no resueltas en torno a mi tratamiento. Entiendo que la respuesta a la intervención de fisioterapia varía de una persona a otra y es posible que el tratamiento pueda agravar los síntomas existentes o causar dolor o lesiones. Doy permiso a OPTherapy & Wellness para tomar fotografías y videos de mí con fines tales como documentar la función de referencia, el progreso funcional, la reeducación del movimiento y la educación sobre los ejercicios en el hogar. Entiendo que estas fotografías y videos serán parte de mi expediente médico confidencial y no se utilizarán para ningún propósito más allá de mi atención médica sin mi consentimiento expreso por escrito.

2. **RESPONSABILIDAD POR EL PAGO:** Todos los copagos y servicios de autopago (es decir, punción seca, masaje terapéutico, vendajes deportivos, etc.) vencen al momento del servicio. Reconozco que, en consideración a los servicios que me brinda OPTherapy & Wellness, soy financieramente responsable del pago de mi factura. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar a OPTherapy & Wellness la información de mi seguro actual y familiarizarme con mi plan de seguro y sus políticas. Cualquier pregunta que tenga sobre la cobertura de mi seguro médico o los niveles de beneficios deben dirigirse a mi plan de salud. Mi plan de seguro médico puede estipular que todos o una parte de los cargos y el saldo seguirán siendo mi responsabilidad personal, como mi deducible, copago, coseguro o cargos no cubiertos o denegados por mi seguro médico, Medicare u otros programas. para el que soy elegible. Acepto pagar dichos montos que son mi responsabilidad. Entiendo que OPTherapy & Wellness facturará a mi compañía de seguros personal como cortesía, pero que, en última instancia, soy responsable de cualquier monto adeudado. Si los procedimientos formales de cobranza se vuelven necesarios, soy responsable de cualquier costo adicional incurrido como resultado de dichos procedimientos de cobranza. Tenga en cuenta que la negativa a firmar este formulario no cambia la responsabilidad del pago de ninguna manera.

3. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por la presente cedo a OPTherapy & Wellness todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo mi póliza de seguro médico. Acepto cooperar con OPTherapy & Wellness y proporcionar la información necesaria para establecer mi elegibilidad para tales beneficios.

4. **ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Entiendo que OPTherapy & Wellness puede documentar información médica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento en forma electrónica y de otro tipo y que dicha información se utilizará en el curso de mi tratamiento, con fines de pago y para respaldar que me están cuidando. Autorizo a mi (s) médico (s) y al personal administrativo de OPTherapy & Wellness a que se comuniquen con otros profesionales de la salud que puedan tener información relacionada con mis condiciones de salud y tratamiento anteriores y actuales. Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de OPTherapy & Wellness y que describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica y cómo puedo obtener acceso y controlar mi información médica.

Reconocimiento / Firma del Paciente

Fecha



Política de Asistencia/Acuerdo de Autorización de Tarjeta de Crédito

- He leído o me han leído la política de asistencia completa, conozco y entiendo todos los términos y condiciones de la misma. Entiendo y acepto estos términos y condiciones:
- Debo cancelar las citas 24 horas antes de la hora programada para la cita. Si no notifico a la oficina con una llamada telefónica contestada o dejando un mensaje de voz antes de esa hora, acepto que se me cobren \$45 en mi tarjeta de crédito como cargo por cancelación tardía.
- Si debo llegar a una cita programada a más tardar 15 minutos tarde. Si no llego dentro de los 15 minutos posteriores a esa hora, entiendo que mi cita será cancelada y acepto que se le cobrará a mi tarjeta de crédito \$45 como cargo por cancelación. Si puedo programar y asistir a una visita de recuperación dentro de la misma semana calendario, esta tarifa previamente cargada se acreditará a mi cuenta.
- Si no me presento a una cita programada sin notificar a la oficina con una llamada telefónica contestada, acepto que mi tarjeta de crédito se cargará \$50 como cargo por no presentarse.
- Entiendo que estas tarifas no están cubiertas por mi seguro/tercero pagador, y acepto que soy financieramente responsable de las tarifas de cancelación/espectáculo que se apliquen a mi cuenta. Por la presente, autorizo a OPTHERAPY & Wellness a cargar mi tarjeta de crédito identificada a continuación por cualquier tarifa aplicable en caso de que no me presente o cancele una cita en consecuencia. Entiendo, si luego decido cambiar mi método de pago, debo hacerlo personalmente o comunicándome con la oficina con una llamada telefónica contestada.

Paciente o tutor del paciente, firma. **REQUERIDO**

Acepto los términos enumerados y toda la información es correcta.

Nombre en la tarjeta de crédito **REQUERIDO**

Número de tarjeta de crédito **REQUERIDO**

Fecha de caducidad **REQUERIDA**

_____/_____
Mes Año

Código de seguridad **REQUERIDO**
