



Patient Registration Form (Formulario de registro de pacientes)

By accurately filling out this form in its entirety and with legible handwriting we will have better success in billing a cleanclaim to your insurance company. (Al rellenar con precisión este formulario en su totalidad y con la escritura legible, tendremos mejor éxito en la facturación de una reclamación limpia a su compañía de seguros.)

Patient Information Información del paciente				
Last Name (Apellido)		First Name (Nombre)		Middle (Segundo)
Mailing Address (Dirección)				Apt/Condo# (Apartamento#)
City (Ciudad)		State (Estado)	Zip (Código postal)	
Home Phone (Telefono)		Cell Phone (Telefono Cellular)	Email (Correo Electronico)	
Approved method of contact for appointment reminders and other electronically generated messages. Circle all that apply Método de contacto aprobado para recordatorios de citas y otros mensajes generados electrónicamente. Círculo de todos los que se aplican				
Text (Texto)		Voice (Voce)		Email (Correo Electronico)
Date of Birth (Fecha de Nacimiento)		Gender (Género)		Social Security Number (Número de Seguro Social)
M _____ D _____ Y _____		☐ Female (Mujer) ☐ Male (Hombre)		
Marital Status (Estado civil)		Employer's Name (Empleador)		Occupation (Ocupacion)
Single Married Widowed Other				
Emergency Contact Person (Nombre de Contactode emergencia)		Emergency Contact Phone# (Telefono de emergencia)		Relationship to Patient: (Relacion con el paciente)
Related cause to why you are being seen in our office (Causa relacionada por la que lo están viendo en nuestra oficina) ☐ Work Injury ☐ Auto Accident ☐ Surgery ☐ Other				Injury Date or Surgery Date: (Fecha de lesion o cirugia) / /
Referring Physician or Name of Primary Care Physician		Name of Practice Group		Date of Last Visit with Physician / /
Insurance Name #1		Policy/ID Number		Group Number
Insurance Name #2		Policy/ID Number		Group Number
Spouse and or Guardian Information Información del cónyuge or tutor				
Last Name (Apellido)		First Name (Nombre)		Date of Birth (Fecha de Nacimiento) M D Y
Social Security Number (Número de Seguro Social)		Relationship to Patient: (Relacion con el paciente)		Employer's Name (Empleador)

Is the patient is receiving home health services currently? (¿El paciente recibe actualmente servicios de salud en el hogar?)	YES	NO
Has the patient received home health services in the past 30 days? ¿Ha recibido el paciente servicios de salud en el hogar en los últimos 30 días?	YES	NO
Are you receiving physical therapy services elsewhere? (Even for a non-related diagnosis). ¿Recibe servicios de fisioterapia en otro lugar?	YES	NO

By signing below the patient and/or guarantor is confirming all of the information provided above is accurate, current and valid.
Al firmar a continuación el paciente y / o garante está confirmando que toda la información proporcionada anteriormente es exacta, actual y válida.

_____ Patient/Legal Guardian's Signature	_____ / _____ / _____ Date
---	-------------------------------



Consentimiento Del Paciente y Acuerdo Financiero

Autorización para el tratamiento

Los servicios de fisioterapia ofrecidos en FYZICAL incluyen, entre otros, técnicas de evaluación, técnicas de tejidos blandos, técnicas de terapia manual, calor, frío, estimulación eléctrica, modalidades eléctricas, parafina, actividades de estiramiento, ejercicios de fortalecimiento, tracto cervical / lumbar y el uso de gimnasio y / u otro equipo de acondicionamiento físico.

Se me ha informado que si se utiliza cualquier técnica de tejidos blandos, particularmente la técnica de Graston / liberación activa / movilización de fricción de fibra cruzada, puede causar moretones y sensibilidad en la región que se trata. Si la técnica es demasiado incómoda, la llamaré la atención de mi fisioterapeuta para que el procedimiento pueda modificarse o cesarse.

Entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier servicio de fisioterapia ofrecido si así lo decido. Entiendo que la fisioterapia puede implicar algún riesgo y por la presente libero a FYZICAL de responsabilidad ahora o en el futuro.

Asignación de beneficios de seguro y divulgación de información

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar mis reclamos. También solicito el pago de beneficios del gobierno; los pagos de seguros se realizarán a FYZICAL y sus afiliados. Autorizo el pago de beneficios médicos a FYZICAL y sus afiliados.

Objetos de valor personales / dependientes / visitantes

Se entiende y se acuerda que FYZICAL no es responsable de la pérdida o daño a ningún valor personal o propiedad. Con el fin de maximizar la seguridad, si los niños están presentes, por favor manténgalos fuera del equipo de ejercicio con el fin de prevenir lesiones.

Acuerdo Financiero

Yo, el abajo firmante, acepto ser responsable de todos los deducibles, coseguros y partes no cubiertas de los servicios prestados. Entiendo que FYZICAL y sus afiliados facturan a las compañías de seguros como cortesía. Entiendo que todos los copagos, coseguros y deducibles vencen en el momento del servicio. Entiendo que los beneficios que se me citan son solo una estimación. Entiendo que es mi responsabilidad conocer y entender mi plan de salud. Entiendo que FYZICAL no es responsable de ninguna información inexacta que reciban de mi seguro. Entiendo que es mi responsabilidad obtener las referencias necesarias de mi médico antes de venir a FYZICAL. Si mi cuenta se remite a una agencia o abogado para cobros, puedo ser responsable de todos y cada uno de los honorarios de abogados y cobros cobrados a FYZICAL asociados con el cobro de la deuda. Estoy de acuerdo en pagar una tarifa de fondos insuficiente por los cheques devueltos.

Pagos con tarjeta de crédito/débito al firmar este formulario, autorizo a FYZICAL y sus afiliados a mantener mi tarjeta de crédito registrada para pagos futuros. Se me pedirá que firme cada recibo aprobando el cargo. **Usted tiene la opción de rechazar esta conveniencia y producir físicamente su tarjeta en cada visita. Si desea rechazar esta opción, por favor inicie aquí _____**

Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted. Como se indica en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede solicitar una copia revisada. Al firmar a continuación, usted declara que ha revisado el Aviso de Práctica de Privacidad y no desea una copia impresa en este momento. Puede solicitar una copia del Aviso y/o hacer cualquier pregunta sobre el Aviso en cualquier momento.

Mi firma a continuación es reconocer el consentimiento anterior y aceptar los términos en su totalidad.

Firma del paciente o tutor legal

_____/_____/_____
Fecha



Política De Cancelación y No Presentación

Nos esforzamos por proporcionar a cada paciente la más alta calidad de atención mientras intentamos acomodar su horario para su conveniencia. Por lo tanto, proporcionamos franjas horarias reservadas para cada paciente con un terapeuta específico con el fin de minimizar su espera y asegurar la continuidad de su tratamiento. Su asistencia constante al régimen de tratamiento previsto es primordial para su recuperación completa. Creemos que esta política es necesaria para el beneficio de todos nuestros pacientes, para que podamos seguir proporcionando un tratamiento y servicio de alta calidad a todos. Todos nosotros en FYZICAL agradecemos su adhesión y cooperación con esta política. Estamos aquí para ayudarle a alcanzar todos sus objetivos y optimizar su regreso a todas sus actividades muy esperadas.

¿Qué se considera una cancelación? Una Cita que se cancela menos de 24 horas desde la hora de la cita se considera una cita cancelada. Si no puede hacer su cita, por favor proporcione más de un aviso de 24 horas para que podamos ofrecer su tiempo de cita a otro paciente que lo necesite.

¿Qué se considera un No Show? Cuando un paciente no se presenta para una cita programada.

¿Se me cobrará una tarifa Si cancelo menos de 24 horas o si no me presento para mi cita? Hay una penalización que puede ser evaluada. La tarifa no es facturable a los Seguros. La tarifa se pagará en o antes de la próxima cita. Para evitar la tarifa, consulta si hay una hora de cita más temprana o más tarde disponible ese día o con más de 24 horas de anticipación.

¿Hay excepciones? ¡Sí, sí! Entendemos que suceden cosas imprevistas y definitivamente no queremos que los pacientes acudan a una cita si están enfermos o se sienten inseguros para conducir. No se cobrará una tarifa por ciertas circunstancias, pero la ocurrencia contará para su cancelación o no-show.

¿Qué sucede si sigo cancelando o no me presento para mis citas? Si cancela su cita o no se muestra 3 veces en un lapso de 30-días, le colocaremos en una opción de "Programación del mismo día". En ese momento tendrá que llamar el día que está disponible para asistir a la terapia para ver si tenemos una vacante. No se harán citas con días de antelación.

¿Qué pasa si voy a llegar tarde a mi cita? Si tiene más de 10 minutos de retraso, es posible que necesitemos modificar la hora de su cita (si podemos hacerlo) o cancelar su cita en la que se cobrará una tarifa.

¡Al firmar a continuación, acepto adherirme a la política anterior y comprometerme plenamente con mi plan de atención para que pueda alcanzar mis metas!

Paciente Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Cuestionario de salud del Cliente

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor describa su Queja o Limitación Actual: _____

Por favor, describa cómo comenzó su problema: _____

Por favor, díganos cuánto tiempo hace que su condición comenzó: _____

Haga una lista de pruebas u otras intervenciones para esta afección que haya tenido: _____

Por favor indique las actividades diarias que no puede realizar: _____

Por favor, indique su nivel de funcionamiento antes de la aparición de esta condición: _____

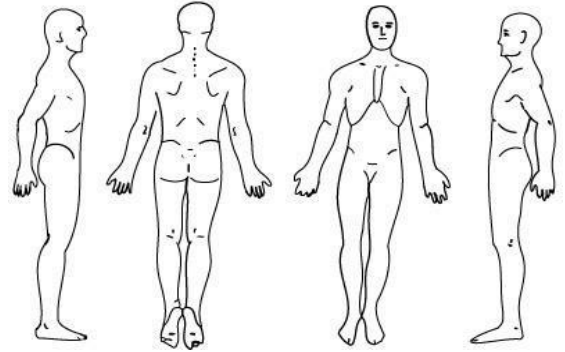
Por favor, infórmenos de cualquier condición ambiental o de vida que pueda tener dificultades con: _____

¿Se sometió a una cirugía? ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____ Procedimiento: _____

Describe la naturaleza de sus síntomas (verifique todos los que se aplican):

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Vértigo | ☐ Dolor agudo | ☐ Constante (76 – 100%) |
| ☐ Aturdimiento | ☐ Sordo (Dolor) Dolo | ☐ Frecuente (51 – 75%) |
| ☐ Desequilibrio | ☐ palpitante | ☐ Occasional (26 – 50%) |
| ☐ Sentirse "apagado" | ☐ entumecimiento | ☐ intermitente (25% - o menos) |
| ☐ Presión del oído / Disparo del dolor | | |
| ☐ Quemaduras intolerantes al movimiento | | |
| ☐ Migraña/Dolores de cabeza | ☐ Hormigueo | |
| ☐ Lesión en la cabeza/conmoción cerebral | | |
| ☐ Tinnitus (zumbido de oídos) | | |
| ☐ Cambio repentino en la audición | | |

Marque en la imagen las ubicaciones del dolor



Nivel de síntomas en reposo de 0 (Sin síntomas) a 10 (Síntomas insoportables) _____

Nivel de síntomas con actividad de 0 (Ninguno) a 10 (Insoportable) _____

Desde que comenzó esta condición sus síntomas han: ☒ disminuido ☐ no ☐ cambiado ☐ aumentado

Sus síntomas empeoran en: ☐ la mañana ☐ la tarde ☐ la noche ☐ aumentó durante el día ☐ igual todo el día

Actividades o posiciones que aumentan los síntomas: _____

Actividades o posiciones que disminuyen los síntomas: _____

☐ Ocupación: _____ ¿Ha cambiado su estado de trabajo debido a esta condición? ☐ Sí ☐ No

Cuestionario de Salud Pélvica ☐ N/A

Por favor, describa su cumplimiento o limitación actual: _____

Por favor, díganos cuánto tiempo hace que su condición comenzó: _____

Enumere las pruebas u otras intervenciones para esta afección que haya tenido: _____

¿Se sometió a una cirugía? ☐ Sí ☐ No Procedimiento: _____

de Embarazos: _____ Partos vaginales: _____ Cesáreas: _____

Fecha del último examen pélvico: _____ Fecha de la última menstruación: _____

Sus síntomas empeoran en la ☐ mañana ☐ por la tarde por la ☐ noche Aumentado durante ☐ el día

Actividades o posiciones que aumentan los síntomas: _____

Actividades o posiciones que disminuyen los síntomas: _____

Si alguna vez ha tenido una condición en la lista en el pasado, compruébela en la columna PASADO. Si actualmente está preocupado por una condición en particular, compruébela en la columna PRESENTE. La información que usted proporciona sobre las condiciones pasadas y presentes, y las enfermedades ayuda a su terapeuta a comprender más a fondo su estado de salud.

PASADO	PRESENTE	CONDICIÓN	
☐	☐	Presión arterial alta	
☐	☐	Angina	Presente: Peso: _____ Altura: _____ ft _____ in.
☐	☐	Infarto	
☐	☐	Golpe	¿Te has caído en el último año? ☐ No ☐ Sí
☐	☐	Asma	En caso afirmativo, ¿cuántas caídas? _____
☐	☐	VIH/SIDA	Si te caíste, ¿tuviste una lesión? ☐ No ☐ Sí
☐	☐	Cáncer: Ubicación: _____ Fecha: _____	Tipo de lesión: _____
☐	☐	Tumor	¿Eres diabético? ☐ No ☐ Sí
☐	☐	Lupus sistémico	
☐	☐	Hepatitis	¿Consumes productos de tabaco? ☐ No ☐ Sí
☐	☐	Epilepsia	En caso afirmativo, ¿paquetes/día? _____ / _____
☐	☐	Artritis reumatoide	Dolor 0 (sin síntomas) a 10 (síntomas insoportables):
☐	☐	Artritis	Actual: _____ Mejor: _____ Peor: _____
☐	☐	Embarazo	
☐	☐	Dependencia de drogas o alcohol	Hospitalización/Procedimientos Quirúrgicos
☐	☐	Pérdida de audición	(lista si no se describe en otra
☐	☐	Marcapasos	parte): _____
☐	☐	Otros _____	_____

Complete la siguiente lista de sus medicamentos (incluidos suplementos y medicamentos de venta libre)

Nombre del medicamento	Dosificación	Frecuencia	Ruta

Firma del paciente/tutor legal

_____/_____/_____
Fecha