



**James Nussbaum, PhD, MSPT, CSCS, EMT, Clinical Director**

180 West End Avenue, Suite 1M, New York, NY 10023-5715

150 West End Avenue, Suite 1M, New York, NY 10023-5715

1041 3<sup>rd</sup> Avenue #204 New York, NY 10065-8114

Tel 212-600-4781 Fax 800-655-3780 [www.ProHealthPTOT.com](http://www.ProHealthPTOT.com)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Para pacientes regresando:**

Yo, \_\_\_\_\_ reconozco que ninguna información personal ha cambiado desde que yo fui visto(a) en el 2022. Esto incluye mi información de contacto, dirección, el doctor que me refirió, mi empleador, información de seguro primario y secundario. Si alguna información mencionada arriba ha cambiado, yo he pedido un formulario de admisión inicial y he completado las secciones apropiadas. Yo entiendo que si yo no hago los cambios apropiados, y como resultado, mis visitas no son pagadas por mi seguro, yo seré responsable por el pago.

### **Acuerdo de paciente o guardián:**

- ☐ yo autorizo liberación de información pedida por mi seguro médico para que ellos puedan pagar.
- ☐ yo entiendo y estoy de acuerdo, que si queda un balance, yo soy responsable de pagarlo.
- ☐ Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones como se indica arriba y en la página 2.

Firma de paciente o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Aviso de prácticas de privacidad**

- ☐ Yo reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. (Usted tiene el derecho de negarse a firmar este reconocimiento si así lo desea.)

Firma de paciente o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Consentimiento para la divulgación de información médica:

Autorizo a cualquier poseedor de información médica, o de otro tipo sobre mí, a dar cualquier información necesaria para tal o relacionados reclamo médico a ProHealth y Fitness PT OT (PH & F PT OT). Yo estoy de acuerdo con el uso y divulgación de mi información personal de salud para el propuesto señalado en el informe de PH&F PT OT de Privacidad del Paciente y derechos. Al hacerlo, he liberado a PH & F PT OT de cualquier y toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la publicación de dicha información. Estoy de acuerdo que una copia de esta autorización puede ser utilizada en lugar de la original.

Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento notificando a PH & F PT OT por escrito en cualquier momento a excepción de la acción que ya ha tenido lugar, y no daremos más información a conocer sin una autorización escrita adicional.

Firma de paciente o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Seguros y acuerdo de pago

Usted tiene el derecho de tener todas las condiciones y los pagos del seguro explicadas a usted antes de empezar el tratamiento. Los beneficiarios de Medicare deben ser conscientes de que la política del seguro de enfermedad permite aproximadamente 22 visitas por año calendario; Sin embargo, hay algunas circunstancias en las que este "límite" se puede ampliar o visitas puede ser reiniciado después de un período de tiempo. Muchas compañías de seguros, incluyendo Medicaid y Medicare, tienen un número máximo de visitas que un paciente puede utilizar cada año. Si la información que aparece en la documentación inicial de admisión no es exacta, puede resultar en la negación de pago de la compañía de seguros y usted queda responsable por el costo de visitas usadas. Como paciente de PH & F PT OT, usted está autorizando que el pago de beneficios de seguro médico sea a nombre de PH & F PT OT para servicios de rehabilitación, siempre que un copago de su autorización pueda ser utilizado en lugar del original. Usted también es responsable de lo siguiente:

- proporcionando **toda** la información necesaria de seguro
- avisarnos de **cualquier cambio** en su póliza de seguro o la cobertura antes de su próxima visita
- Avisarnos de cualquier tratamiento / servicios (enfermería, terapia física, terapia ocupacional , etc.) proporcionado a usted en su casa por una agencia de salud o en otro centro ; sus visitas con nosotros no serán cubiertos si su seguro se está utilizando para estos otros servicios  
*\*\* Si no se siguen los 3 requisitos enumerados anteriormente puede resultar en que usted es personalmente responsable de los servicios de rehabilitación dado por nosotros, con una cantidad no menor de \$ 125.00 por visita.*
- cualquier pago y / o honorarios no cubiertos por mi seguro , incluyendo , pero no limitado a , los deducibles y co- seguros
- gastos de recaudación de saldos pendientes de pago de más de 6 meses desde la fecha inicial de la declaración
- Existe un cargo por cancelación de \$ 50.00 (visitas al consultorio) o \$75.00 de cancelación (visita domiciliaria) pagados por usted para cualquier cita canceladas menos de 24 horas antes de la hora programada, después de una advertencia para la primera ocurrencia de una sola vez.
- Autorizo a PH & F PT OT que me envíen recordatorios sobre mis citas a través de correo electrónico o texto ( opción con un círculo)

Reconozco que he recibido y he consentimiento a la política descrita en el formulario de Paciente Derechos y forma de Privacidad de ProHealth y Fitness PT OT. Además, he leído y consentí a todas las pólizas de seguros y de pago por encima de ProHealth y Fitness PT OT.

Firma de paciente o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Historial Médico y condición física

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Queja principal: \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene ahora o ha tenido en el pasado, alguna de las siguientes condiciones :

Alergias	SI	NO	Hernia	SI	NO
Problema de Equilibrio	SI	NO	Alta presión sanguínea	SI	NO
Problema circulatorio	SI	NO	VIH/sida	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Problema renal	SI	NO
mareos	SI	NO	Trastorno nervioso	SI	NO
Dolores de cabeza	SI	NO	embarazo	SI	NO
Problema de audición	SI	NO	convulsiones	SI	NO
Ataque al corazón	SI	NO	Sensible al calor/frío	SI	NO
Enfermedad del	SI	NO	Problema de visión	SI	NO

Si la respuesta es sí a cualquiera de los anteriores, por favor, explicar y dar fechas aproximadas de ocurrencias:

2. ¿Ha tenido tratamiento para este / estos problemas antes : SI o NO

En caso afirmativo, cuándo y dónde lo trataron?

3. ¿Ha tenido alguna cirugía? SI o NO

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cirugía tuviste, quien realizó la cirugía, y cuando fue la cirugía?

4. ¿Actualmente tiene algún implante metálico? SI o NO

5. ¿Tiene actualmente un marcapasos? SI o NO

6. ¿Tienes algunas enfermedades transmisibles? SI o NO

Por favor enumere todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo prescrita, de venta libre y de hierbas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Freq: \_\_\_\_\_ oral: SI o NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Freq: \_\_\_\_\_ oral: SI o NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Freq: \_\_\_\_\_ oral: SI o NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Freq: \_\_\_\_\_ oral: SI o NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Freq: \_\_\_\_\_ oral: SI o NO



**James Nussbaum, PhD, MSPT, CSCS, EMT, Clinical Director**

180 West End Avenue, Suite 1M, New York, NY 10023-5715

150 West End Avenue, Suite 1M, New York, NY 10023-5715

1041 3<sup>rd</sup> Avenue #204 New York, NY 10065-8114

Tel 212-600-4781 Fax 800-655-3780 [www.ProHealthPTOT.com](http://www.ProHealthPTOT.com)

## **Copia del paciente: Privacidad y Derechos**

ProHealth & Fitness PT OT (PH & F PT OT) sigue la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad (HIPAA) , que establece normas para el uso y divulgación de su información médica protegida ( PHI ) . Su PHI incluye sus expedientes médicos personales e historiales de pago. Mientras que utilizamos su información de salud principalmente para tratamiento, obtener pago por el tratamiento, la realización de actividades administrativas internas, y la evaluación de la calidad de la atención que proporcionamos, PH & F PT OT también puede:

- divulgar su información médica para fines de salud pública , auditorías , emergencias , y cuando lo requiera la ley
- obtener toda la información necesaria para su tratamiento PT / OT o un reclamo médico relacionado de Otros tenedores de su PHI
- pedir su autorización por escrito antes de revelar / obtener su información para cualquier otro propósito ; usted puede revocar esta autorización en cualquier momento si desea detener revelaciones futuras
- utilizar una copia de su autorización en lugar del original
- hacer todo lo posible para divulgar sólo la información mínima necesaria
- cambiar nuestra política en cualquier momento y notificarle que lo hemos hecho

Como paciente de PH & F PT OT, usted puede:

- solicitar una copia de su PHI o una lista de los casos en los que es posible que hayamos divulgado su por razones que no sean de tratamiento , pago o propósitos administrativos
- hacer una petición que corriamos cualquier IPS inexacta
- hacer una petición que no revelamos su PHI para tratamiento, pago , o con fines administrativos (excepto cuando específicamente autorizado por usted , requerido por la ley , o en caso de emergencia ) ; vamos a considerar estas solicitudes en una base de caso por caso , pero no estamos legalmente obligados a aceptarlos
- póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad , el Dr. James Nussbaum , o enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos si le preocupa que sus derechos han sido violados en cualquier forma



**James Nussbaum, PhD, MSPT, CSCS, EMT, Clinical Director**

180 West End Avenue, Suite 1M, New York, NY 10023-5715

150 West End Avenue, Suite 1M, New York, NY 10023-5715

1041 3<sup>rd</sup> Avenue #204 New York, NY 10065-8114

Tel 212-600-4781 Fax 800-655-3780 [www.ProHealthPTOT.com](http://www.ProHealthPTOT.com)

### **RECORDATORIO DE POLÍCA:**

- Si tiene que cancelar una cita por cualquier razón, por favor llame a nuestra oficina al menos 24 horas antes de la hora programada. Después de una advertencia de una sola vez, hay una cuota de cancelación de \$ 50.00 para las citas de oficina cancela en menos de 24 horas de antelación o una cuota de cancelación de \$ 75.00 por citas de atención domiciliaria cancela en menos de 24 horas de antelación.
- Si cancela más de 3 veces con un preaviso de 24 horas por adelantado, sólo se le permitirá programar citas en el mismo día que ellos quieren, si tenemos disponibilidad.
- Si usted comienza a recibir enfermería, terapia física, terapia ocupacional, u otros servicios / tratamiento en otro centro o en su hogar (a través de una agencia de salud), su seguro no cubrirá sus visitas a ProHealth y Fitness PT OT. **iUsted debe notificarnos inmediatamente si usted comienza estos servicios!** Si no nos notifica, se le puede cobrar por los servicios de rehabilitación proporcionados por nosotros, con un coste de no menos de \$ 125.00 por visita.
- También debe notificarnos de cualquier cambio en su póliza de seguro o cobertura antes de su próxima visita con nosotros.

**iGracias!**

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en contactarnos al 212-600-4781.