



James Nussbaum, PT, PhD, SCS, CSCS, EMT, Clinical Director

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

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

1041 Third Avenue #204 New York, New York 10065-8114

Tel- 212.600.4781 Fax- 800.655.3780 www.ProHealthPTOT.com

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ 2do Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Dirección: _____ Apartamento o PO Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____ SS# _____ - _____ - _____

Número de Teléfonos:

Casa: () _____ - _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____ - _____

Celular: () _____ - _____ - _____ Correo: _____

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de Teléfono: () _____ - _____ - _____ Relación: _____

Empleador

Nombre: _____

Dirección: _____ Conjunto de la Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Problema

Descripción del Problema _____

Doctor de Cabeza: _____ Tel: () _____ - _____ - _____

Doctor Referido: _____ Tel: () _____ - _____ - _____

Ortopedista: _____ Tel: () _____ - _____ - _____

Fecha de la lesión: ____/____/____

¿Fue esta lesión causada por un accidente? ¿Si es así, planea demandar? Sí/ No

¿Es este un caso de vehículo sin culpa? Sí/No

Lesión Por Accidentes de Trafico

Si usted está recibiendo atención Médica por las lesiones causadas por un accidente de tráfico, ¿en qué estado ocurrió el accidente? _____

¿Es este un caso de compensación al trabajador? Sí/No

Cual parte del cuerpo se lesionó? _____

Seguro Primario

Seguro: _____ Numero de ID: _____

Número Del Grupo: _____ Número de Reclamo: _____

Deducible: _____ Máximo Beneficio Anual: _____

Copago: _____ Co-seguro _____

Información del Suscriptor

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____/____/____

Relación de Suscriptor Con el Paciente ☐ Yo ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro

Seguro Secundario

Seguro: _____ Numero de ID: _____

Número Del Grupo: _____ Número de Reclamo: _____

Deducible: _____ Máximo Beneficio Anual: _____

Copago: _____ Co-seguro _____

Información del Suscriptor

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____/____/____

Relación de Suscriptor Con el Paciente ☐ Yo ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro

Seguro Terciario

Seguro: _____ Numero de ID: _____

Número del Grupo: _____ Número de Reclamo: _____

Deducible: _____ Máximo Beneficio Anual: _____

Copago: _____ Co-seguro _____

Información del Suscriptor

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____/____/____

Relación de Suscriptor Con el Paciente ☐ Yo ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro

¿Se le ha visto este año calendario para fisioterapia o terapia ocupacional? Si / No

**** Si no nos informan de que el motivo de su visita es el resultado de un accidente y / o no nos informa que lo vieron anteriormente por otro centro de fisioterapia o terapia ocupacional y su compañía de seguros niega nuestros reclamos, usted será personalmente responsable de cualquier saldo adeudado.

Acuerdo del Paciente o Tutor

- ☐ Yo autorizo el entre cambio de información solicitada por mi plan de seguro para el pago.
- ☐ Estoy enterado que soy responsable de cualquier saldo adeudado.
- ☐ Estoy de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones como se indica en el formulario de registro del paciente.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Aviso de prácticas de Privacidad

☐ Yo presente reconozco que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. (Usted tiene el derecho de negarse a firmar este reconocimiento si así lo

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Consentimiento para la Divulgación de Información Médica

Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a dar cualquier información necesaria para tal reclamo médico relacionado con ProHealth and 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 PH and PT OT *Privacidad del Paciente y Forma De Derechos*. Al hacerlo, yo libero PH & F PT OT de cualquier y toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la publicación de dicha información. Estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización puede ser utilizado en lugar del original

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

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Seguro y Acuerdo de Pago

Usted tiene el derecho que todos los términos del seguro y los pagos sean explicados antes de empezar el tratamiento. Los beneficiarios de Medicare deben ser conscientes de que la política de Medicare permite aproximadamente 22 visitas por año calendario; Sin embargo, hay algunas circunstancias en las que este "limite" se puede ampliar o visitas pueden 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 responsable por el costo de la visita. Como paciente de PH & F PT OT, usted está autorizando a que el pago de los beneficios del seguro médico se hará a nombre de PH & F PT OT para servicios de rehabilitación, siempre que un copago de su autorización puede ser utilizada en lugar de la original. Usted es responsable de lo siguiente:

- Proveernos con **toda** la información necesaria del seguro
- Notificarnos de **cualquier cambio** de la póliza del seguro médico antes de su visita
- Avisarnos de cualquier tratamiento/servicios (enfermería, terapia física, terapia ocupacional , etc.) proporcionado a usted en su hogar por una agencia de salud o en otra instalación ; sus visitas con nosotros no serán cubiertos si su seguro si se utiliza para estos otros servicios
- **** Si no se siguen los 3 requisitos enumerados anteriormente puede provocar que sea personalmente responsable de los servicios de rehabilitación proporcionados por nosotros, con una cantidad no menor de \$ 125.00 por visita.**
- Cualquier pago y / o cuotas no cubiertas por su seguro, incluyendo , pero no limitado a , los deducibles y co- seguros
- Gastos de recaudación de saldos pendientes de pago de más de 6 meses de antigüedad desde la fecha inicial de la declaración
- Existe **un cargo por cancelación de \$ 50.00 (consultas) o \$ 75.00 tasa de cancelación (visita domiciliar)** pagado por usted por cualquier visitas canceladas con menos de 24 horas de notificación, después de la primera advertencia.
- **Yo autorizo a PH&F PT OT que me mande recordatorios de mi visita vía Llamadas o Texto (circule una opción)**

Reconozco que he recibido y doy consentimiento acerca de las políticas descritas en ProHealth and Fitness PT OT Derechos del Paciente y forma de Privacidad. Además, he leído y e consentido a todas las pólizas de seguro y de pago por encima de ProHealth & Fitness PT OT.

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

ProHealth & Fitness PT OT
Historia Médica Y Condición Física

Nombre: _____ Fecha: _____

Motivo de Consulta: _____

1. Usted tiene o en el pasado ha tenido una de estas condiciones:

Alergias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hernia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas con el Balance	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Presión Alta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas Circulatorios	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	VIH/Sida	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas con los Riñones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desmayos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Trastorno Nervioso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Embarazó	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas con el Audio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ataque de Corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sensible al Calor/Frío	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad en el Corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas con la Visión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si escogió sí, por favor explique aproximadamente en que tiempo ocurrió:

2. Fue usted tratado por este/estos problemas: Sí ☐ No ☐

Si es así, ¿Cuándo y donde fue tratado?

3. ¿Ha tenido cirugías? Sí ☐ No ☐

Si es así, ¿Qué tipo de cirugía tuvo, quien hizo la cirugía, y cuando fue la cirugía?

4. ¿Tiene usted implantes de metal? Sí ☐ No ☐

5. ¿Tiene usted un marcapaso? Sí ☐ No ☐

6. ¿Tiene usted enfermedades transmitidas? Sí ☐ No ☐

Por favor, enliste **TODOS** los medicamentos que usted toma, incluyendo prescripciones, sobre el mostrador, y hierbas.

Nombre: _____ Dose: _____ Frecuencia: _____ ¿Por la Boca? Sí ☐ No ☐

Nombre: _____ Dose: _____ Frecuencia: _____ ¿Por la Boca? Sí ☐ No ☐

Nombre: _____ Dose: _____ Frecuencia: _____ ¿Por la Boca? Sí ☐ No ☐

Nombre: _____ Dose: _____ Frecuencia: _____ ¿Por la Boca? Sí ☐ No ☐

Nombre: _____ Dose: _____ Frecuencia: _____ ¿Por la Boca? Sí ☐ No ☐

ProHealth and Fitness
Consentimiento de Recordatorio de Visitas

Nombre: _____

Favor de completar y firmar este formulario para darle permiso a ProHealth and Fitness de proveer recordatorios automáticos usando correo electrónico o un texto en el celular.

Primer Paso: Seleccione una Opción Abajo

- ☐ ProHealth me puede llamar a mi casa o teléfono celular para confirmar mi próxima visita a:

Casa o Celular: _____

- ☐ ProHealth me puede enviar un mensaje de texto para confirmar mi próxima visita a:

Numero de Celular: _____

Entiendo que tarifas de textos pueden aplicar.

Segundo Paso: Si desea que le enviemos mensajes de texto envés de un mensaje electrónico, por favor de indicar su compañía de celular.

No podemos enviarle mensajes de texto si no nos informa que compañía de celular tiene. Por favor de indicar su compañía de celular para recibir recordatorios en mensaje de texto.

- ☐ AllTel
- ☐ AT&T
- ☐ Boost Mobile
- ☐ Cingular
- ☐ Cricket Wireless
- ☐ Metrocall
- ☐ MetroPCS
- ☐ Nextel
- ☐ Qwest
- ☐ Sprint PCS
- ☐ T-Mobile
- ☐ US Cellular
- ☐ Verizon
- ☐ Virgin Mobile

Firma del Paciente o Tutor

Fecha



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

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

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

1041 Third Avenue #204 New York, New York 10065-8114

Tel 212 600 4781 Fax 800 655 3780 www.ProHealthPTOT.com

Copia del Paciente: Privacidad y Derechos

ProHealth and Fitness PT OT (PH&F PT OT) el *Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA)*, que establece regulaciones para el uso y divulgación de su Información Médica Protegida (IMP). Su PHI incluye su expediente médico personal e historial 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:

- Abrir su record de salud para salud pública, auditorias, emergencias, y cuando es requerido por la ley.
- Obtener cualquier información necesario para su tratamiento de FT/TO o un reclamo relacionado con otro IMP
- Requerir de su autorización escrita antes de abrir/obtener su información por cualquier otra razón: usted tiene el derecho de revocar la autorización en cualquier tiempo si desea parar futuras revelaciones.
- Usar una copia de la autorización envés de la original
- Hacer cualquier esfuerzo de revelar lo mas mínima información
- Cambiar nuestra póliza en cualquier tiempo y notificarle cuando ocurra

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

- solicitar una copia de su IMP o una lista de los casos en los que es posible que hayamos divulgado su IMP por motivos distintos al tratamiento, pago o propósitos administrativos
- solicitar que se corrija cualquier IMP inexacta
- solicitar que no revelemos su IMP 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 modo



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

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

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

1041 Third Avenue #204 New York, New York 10065-8114

Tel 212 600 4781 Fax 800 655 3780 www.ProHealthPTOT.com

Póliza de Recordatorios:

- Si usted tiene que cancelar cualquier cita por cualquier razón, por favor de llamar nuestra oficina por lo menos 24 horas antes de su cita. Después de un aviso por una sola vez, hay una cuota de cancelación de \$ 50.00 para las citas de oficina canceladas en menos de 24 horas de antelación o una cuota de cancelación de \$ 75.00 por citas de atención domiciliaria cancelada en menos de 24 horas de antelación.
- Si cancela más de 3 veces con 24 horas de anticipación, sólo se le permitirá programar citas en el mismo día en que los 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. **¡Usted debe notificarnos inmediatamente si comienza estos servicios!** Si no nos notifica, se le puede cobrar por los servicios de rehabilitación proporcionados por nosotros, con un costo de no menos de \$ 125.00 por visita.
- Usted también tiene que notificarnos de cualquier cambio en su póliza o cobertura de su seguro medico antes de su visita.

¡Gracias!

Si tiene preguntas o preocupaciones, por favor de contactarnos a

212-600-4781.