

**ProHealth & Fitness PT OT: Formulario inicial**  
**Consentimiento de liberación de información médica**

Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar cualquier información necesaria para este reclamo médico o mi atención con ProHealth and Fitness PT OT (PH&F PT OT). Por la presente, acepto el uso y la divulgación de mi información personal de salud para el propósito señalado en PH&F PT OT's *Formulario de privacidad y derechos del paciente*. Al hacerlo, libero PH&F PT OT de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de dicha información. Estoy de acuerdo en que se pueda utilizar una copia de esta autorización en lugar del original.

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

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Contrato de seguro**

Usted tiene derecho a que se le expliquen todos los términos y pagos del seguro antes de comenzar el tratamiento. Los beneficiarios de Medicare deben saber que la política de Medicare permite aproximadamente 14 visitas por año calendario; Sin embargo, hay algunas circunstancias en las que este "umbral" puede ampliarse o las visitas pueden reiniciarse después de un período de tiempo. Muchas compañías de seguros, incluidas Medicaid y Medicare, a menudo tienen un número máximo de visitas que un paciente puede usar cada año, mientras que algunas se basan en la necesidad médica. Si la información que proporciona en el papeleo de admisión inicial no es precisa, Puede resultar en denegaciones de pago de la compañía de seguros y usted es responsable del costo de la visita. Como paciente de PH&F PT OT, usted autoriza que el pago de los beneficios del seguro médico se haga pagadero a PH&F PT OT para servicios de rehabilitación y / o atención médica, siempre que se pueda usar una copia de su autorización en lugar del original. Usted también es responsable de lo siguiente:

Proporcionarnos toda la información necesaria de su seguro

- Notificarnos de cualquier cambio en su póliza de seguro o cobertura antes de su próxima visita
- Notificarnos sobre cualquier servicio / tratamiento (enfermería, terapia física, terapia ocupacional, etc.) proporcionado a usted en su hogar por una Agencia de Salud en el Hogar o en otra instalación; Sus visitas con nosotros pueden no estar cubiertas si su seguro se utiliza para estos otros servicios
- Cualquier pago y/o tarifa no cubierta por su seguro, incluidos, entre otros, deducibles, copagos y coseguros, a menos que todas las partes completen y firmen el Formulario de dificultades financieras.

**Autorizo a PH&F PT OT a enviarme recordatorios sobre mis citas por TELÉFONO o TEXTO (opción circular)**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



# ProHealth & Fitness PT OT – Physical and Occupational Therapy

James Nussbaum, PT, PhD, SCS, EMT, Clinical/Research Director

150 West End Avenue #1M New York, New York 10023-4319

1041 Third Avenue 2<sup>nd</sup> Fl. New York, New York 10065-8114

391 East 149<sup>th</sup> Street #216 Bronx, New York 10455-3907

4915 Broadway #1F New York, New York 10034-3120

T: 212.600.4781 F: 800.655.3780

www.ProHealthPTOT.com

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

**DATE OF INITIAL SESSION:** \_\_\_\_\_

**APOS ID #:** \_\_\_\_\_

Me evaluaron detalladamente me ajustaron y calibraron los zapatos APOS específicamente para mí y mis problemas:

- Recibí las instrucciones, las comprendí y seguiré las indicaciones.
- He recibido las precauciones y contraindicaciones y las seguiré.
- Entiendo que mi médico deberá firmar una receta para la autorización.
- Entiendo que los zapatos me serán enviados por correo desde el almacén APOS\*
- \* Tengo que esperar por la autorización del seguro si aún no la han recibido.
- Entiendo que debo participar en 5 citas de seguimiento.
- Entiendo que necesito venir a la clínica para mis citas de seguimiento.
- Entiendo que mi proveedor/consultorio me llamará para programar mi cita de seguimiento
- \* Si mi número cambia, avisaré a la clínica del nuevo número
- Para cualquier problema o duda con mis zapatos APOS, es mi responsabilidad llamar de inmediato

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

**PROVIDER:** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**OTHER:** \_\_\_\_\_

**SUPERVISING PROVIDER:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:**

Administrative staff: \_\_\_\_\_ Adm signature: \_\_\_\_\_



## ProHealth & Fitness PT OT Physical/Occupational/APOS

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

180 West End Avenue #1M New York, New York 1002

1041 Third Avenue 2<sup>nd</sup> Fl. New York, New York 10065

391 East 149<sup>th</sup> Street #216 Bronx, New York 10455

4915 Broadway #1J New York, New York 10034

T: 212.600.4781 F: 800.655.3780

[www.ProHealthPTOT.com](http://www.ProHealthPTOT.com)

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_, estoy solicitando una revision en mi situacion financiera para ver si califico para una reduction en mis facturas y cuenta medica.

Yo/Nosotros, estamos teniendo dificultad financiera y por lo mismo tanto no podemos pagar deducibles/ co-pagos/ co-seguros. Esto se debe a (selecione lo que applica):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desempleo                | <input type="checkbox"/> Fracaso empresarial               |
| <input type="checkbox"/> Reducion de Ingresos     | <input type="checkbox"/> Reubicacion laboral               |
| <input type="checkbox"/> Divorcio                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad                        |
| <input type="checkbox"/> Separacion               | <input type="checkbox"/> Danos a la propiedad              |
| <input type="checkbox"/> Cuentas Medica           | <input type="checkbox"/> Servicio military                 |
| <input type="checkbox"/> Deudas                   | <input type="checkbox"/> Carcel                            |
| <input type="checkbox"/> Muerte de mi esposa/o    | <input type="checkbox"/> Otro (Porfavor especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Muerte de algun familiar |  |

Esta dificultad oh situacion empezo aproximadamente este dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Yo/Nosotros creemos que mi/nuestra situacion es (circule una) Temporal / Permanente.

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_, aseguramos que toda la infomacion prevista esta correcta en lo mayor de mi/nuestro conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

-----  
Yo, \_\_\_\_\_, acepto la solicitud del paciente de arriba para (circule uno):  
**ABSTENERSE REDUCIR** todas sus facturas medicas asociadas con todos los servicios recibidos, aparte de los pagos recevidos por el seguro del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor/representate del proveedor





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

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

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

1041 Third Avenue 2<sup>nd</sup> Fl. New York, New York 10065-8114

Tel: 212-600-4781 Fax: 800-655-3780

[www.ProHealthPTOT.com](http://www.ProHealthPTOT.com)

## Acceso Directo

En Nueva York, y en la mayoría de los Estados Unidos, los pacientes ahora pueden ser evaluados por un fisioterapeuta con licenciatura sin un referido de su doctor, a esto se le llama acceso directo. Algunos seguros todavía requieren que usted consulte con un doctor primero para poder cubrir la terapia física. Le recomendamos que verifique con su seguro.

- Acceso directo beneficia a los pacientes y les permite acelerar el tratamiento, y ahorrar dinero.
- Mas informacion sobre el acceso directo está disponible en la Asociación Americana de Terapia Física  
Website: [www.apta.org](http://www.apta.org)

## Estado de Nueva York

1. El tratamiento puede ser rendido por un fisioterapeuta licenciado por 10 visitas, o 30 días, cualquiera de las dos que ocurra primero.
2. El fisioterapeuta debe haber practicado terapia física tiempo completo por 3 años y debe tener 21 años de edad.
3. El fisioterapeuta debe entregarle una notificación que indica que los servicios sin referido pueden no ser cubierto por su seguro, y que si pueden ser cubierto por su seguro médico con referido. Una copia de la notificación firmada tiene que estar en el expediente del paciente.

## Prohealth & Fitness PT OT

1. Antes de su visita, le recomendamos que verifique con su seguro sobre su póliza y de los requisitos necesarios para que su seguro cobre sus visitas.
2. Antes o durante su visita inicial y de acuerdo con las reglas del Estado nosotros le entregaremos este formulario para que firme confirmando el acceso directo.
3. En cualquier momento durante su evaluación y tratamiento si consideramos que su condición no está mejorando lo referiremos al doctor adecuado.
4. Después de 10 visitas o 30 días (en NY), si necesitamos visitas adicionales le recomendaremos que vea a su doctor primario para un referido de terapia física. Si no tiene doctor primario le podemos recomendar uno.
5. Si después de 10 visitas o 30 días el paciente no tiene un referido en su expediente el tratamiento debe de ser discontinuado hasta que recibamos un referido.

Yo entiendo que no puedo recibir terapia física después de 10 visitas o 30 días sin un referido válido. También entiendo que mi seguro puede tener sus propias regulaciones en referencia al acceso directo y el reembolso.

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Firma del fisioterapeuta: \_\_\_\_\_