



Información del Paciente

Nombre del paciente _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ Ciudad /Estado/código postal _____
Teléfono de domicilio _____ Teléfono celular _____
Numero de Seguro Social _____ Correo Electrónico _____
Empleador _____ Teléfono de trabajo _____
Medico Referente _____ Numero de Teléfono _____
Medico Primario _____

Partido Responsable

Madre/Guardián _____	Padre/Guardián _____
Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____	Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____
Empleador _____	Empleador _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____
Numero de Teléfono _____

Seguro Principal

Seguro Secundario

Nombre de Aseguranza _____ -	Nombre de Aseguranza _____
Grupo # _____	Grupo # _____
Numero de Póliza _____	Numero de Póliza _____
Fue este accidente automovilístico? _____	Fue Reclamo de (Workman's Comp) _____ Fecha de accidente _____

Ha recibido usted cualquier clase de terapia ya sea (física, ocupacional o de habla) en los últimos 12 meses?

Si _____ No _____ Si la respuesta es si Donde _____

Al firmar, Yo doy mi consentimiento a Primary Therapy Source, de proporcionar física, de habla y terapia Ocupacional a _____. Yo entiendo y estoy de acuerdo que, (a pesar de mi status con mi seguro) soy financieramente responsable del balance de mi cuenta por los servicios proporcionados. He leído toda la información de esta forma y he terminado las respuestas antes mencionadas. Certifico que esta información es verdadera y correcta según mi entendimiento. Yo notificare si hay algún cambio de salud o de la información antes mencionada.

Estoy de acuerdo en notificar a Primary Therapy Source si anteriormente estuve consultando otro terapeuta físico o si estoy consultando un terapéutico durante mi tratamiento con Primary Therapy Source.

Si no notifico a Primary Therapy Source, yo entiendo que soy financieramente responsable por mi cuenta, y por los servicios no autorizados que no cubrió mi poliza. Yo autoriso a Primary Therapy Source la divulgación de cualquier información medica necesaria para procesar este reclamo a mi compañía de seguros y mi medico.

Comprendo que esta información es estrictamente confidencial y no será divulgada a ninguna persona no autorizada.

autorizo pago de beneficios médicos al médico o el suministrador abajo firmantes de servicios rendidos

Cancelaciones o citas perdidas 8 horas sin aviso previo están sujetos a \$15.00 por cada incidente.

Firma _____

Fecha _____

PRIMARY THERAPY SOURCE

FORMA DE RECONOCIMIENTO DE DE PRACTICAS PRIVADAS

“Usted puede reusar firmar esta forma de reconocimiento”

Yo, _____, he recibido una copia en esta oficina de la forma de
Practicas Privadas

(Favor de imprimir su nombre)

(Firma)

(Fecha)

Para uso de oficina

Intentamos obtener por escrito la Forma de Reconocimiento de Practicas
Privadas, pero el reconocimiento no lo pudimos obtener porque:

- * El individuo no quiso firmar
- *Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- *Una situación de emergencia nos previno de obtener el reconocimiento
- * Otro (por favor especifique)



Es crucial que usted asista a las citas que se le han designado por Primary Therapy Source. Siguiendo las instrucciones de su medico y terapeuta, como también estar puntual a su cita de terapia, para que de esta manera alcance su metas de salud.

Tres personas son afectadas cuando alguien llama al ultimo momento para cancelar su cita o peor aun cuando no-llegan:

*Primero, Usted es afectado porque no podemos conseguir el numero prescrito de visitas durante la semana. Esto es verdad especialmente si esta en un programa de independecia. Dependiendo de su situación, puedo ser obligado a reportar todas las cancelaciones y los ausentes al que dirige su caso, y puede resultar en terminación de beneficios.

*Segundo, otro paciente puede ser afectado porque no pudieron planificar una en el tiempo que usted detuvo.

*Por ultimo, la clínica es afectada porque la cita que estaba reservada especialmente para usted se perdió y no pudimos llenar ese lugar a ultima hora.

Para asegurarnos que todos los pacientes tienen el mismo acceso a Primary Therapy Source, hemos creado las siguientes pólizas:

- *Favor de no hacer una cita que usted no esta segura de asistir.
- *Se la agradece el llamar 24 horas antes de su cita para cancelación
- *Cancelación o citas perdidas sin previo aviso con un lapso de 8 horas estarán sujetas a un cargo de \$15.00 por cada incidente.
- *Todos los cargos se deben pagar antes de su terapia.

Yo comprendo y respeto las pólizas antes mencionadas.

Firma_____

Fecha_____