



WEST POINT

PHYSICAL THERAPY CENTER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Teléfono Particular () - _____ Teléfono laboral () - _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ S. S. # _____ D. L. # _____ Sexo M F

Empleador _____ Nombre del Doctor _____

Domicilio _____ Fecha de la lesión _____

Ciudad _____ Cód. Postal _____ Fue un accidente? SI NO

Seguro Primario _____ Nombre del Abogado _____

Nombre del asegurado _____ Teléfono () _____

I.D.# _____ Quién es responsable de esta cuenta? _____

Seguro secundario _____ A quién podemos agradecerle por haberlo referido? _____

Nombre del asegurado _____

Asignación de Beneficios

Yo, el abajo firmante, poseo cobertura de seguro de salud con _____ y asigno directamente a West Point Physical Therapy todos los beneficios médicos que pudieran corresponder, que de otro modo me hubiesen sido pagados a mí directamente. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, los pague o no la compañía de seguros. Autorizo por la presente a que West Point Physical Therapy entregue toda la información necesaria para asegurar el pago de los servicios. Autorizo a que se utilice esta firma en todas las presentaciones a la compañía de seguros.

Firma del Asegurado/Tutor

Fecha

Autorización de Medicare (Pacientes de Medicare únicamente)

Por la presente solicito que todos beneficios de Medicare que me correspondan sean abonado a mí o en mi nombre a West Point Physical Therapy por los servicios recibidos de West Point PT. Autorizo a todos los poseedores de información médica a que la liberen a la administradora de beneficios de salud y/o sus agentes toda vez que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios previstos por servicios relacionados. Entiendo que al firmar este documento autorizo a que se efectúe el pago y que se libere la información necesaria para pagar el reclamo. Si en el ítem 9 del formulario CMS-1500 dice "other health insurance" (otra aseguradora médica) o en otro formulario aprobado o transmitido electrónicamente, mi firma autoriza que se libere la información a la aseguradora indicada. En casos asignados a Medicare, el Terapeuta Físico o proveedor acepta los cargos determinados por Medicare o su agente como el total de los cargos, siendo el paciente responsable únicamente por el deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se determinará en base a lo informado por Medicare.

Firma del Beneficiario

Fecha



HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Edad _____ Altura _____ Peso _____ Ocupación _____ Fecha de la lesión _____

Debe levantar pesos en el trabajo? _____ Es Ud. diestro o zurdo? _____

Liste las medicinas que toma actualmente: _____

Describas las alergias que padece: _____

Por favor **marque el cuadro** correspondiente a las dolencias que sufre o ha sufrido en el pasado:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Problemas mentales/emocionales | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas de circulación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas de vista |
| <input type="checkbox"/> Problemas de piel | <input type="checkbox"/> Fracturas recientes | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Adormecimiento/cosquilleo | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Diabetes |

_____ No he sido tratado para ninguna de esas dolencias.

Por favor explique los ítems que ha marcado: _____

Tiene algo de metal en su cuerpo? Explique: _____

Esta embarazada? _____

Firma

Firma _____ Fecha _____



Palmdale (Main)
1115 West Ave. M-14
Palmdale, CA 93551
(661)265-0060

RENUNCIA DE COBERTURA DE LA ASEGURANZA

Entiendo que si mi aseguranza no cubre alguno de los servicios hechos por West Point Physical Therapy Center, Inc., yo o la persona financieramente responsable por mi, asumiré la responsabilidad por todo los cargos denegados por la aseguranza a consecuencia de mi tratamiento y pagaran en su totalidad por los mismos.

Firma: _____

Fecha: _____

Cathedral City
68-845 Perez Rd.,
Ste. H6-H7
Cathedral City, Ca 92234
(760)328-0292

AVISO DE CANCELACION DE CITA, AUSENCIA & POLIZA DE LLEGADA TARDE

Entiendo que West Point Physical Therapy Center, Inc. requiere aviso de cancelación con 24 horas de anticipación de la cita original, de otra forma se considerara como perdida de la cita.

También entiendo que si no atiendo a dos visitas consecutivas sin previa notificación a West Point Physical Therapy Center, Inc., el resto de mis citas serán automáticamente canceladas.

También entiendo que si llego mas de 15 minutos tarde a mi cita, perderé la misma y no seré atendido hasta la próxima visita establecida.

Firma: _____

Fecha: _____

Rosamond
1431 Rosamond Blvd.
Ste. 11
Rosamond, Ca 93560
(661) 256-2700

NOTIFICACION DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Se me ha ofrecido una copia de las normas de privacidad de West Point Physical Therapy Center, Inc., las cuales he entendido su contenido.

Firma: _____

Fecha: _____

Indio
880 Dr. Carreon Blvd. Ste.
A104
Indio, CA 92201-5583