



Detalles Personales			
NOMBRE	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINA <input type="checkbox"/> FEMENINA	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO	POR FAVOR MARQUE EL NUMERO AL QUE PREFERE QUE LE LLAMEN <input type="checkbox"/> CASA () _____ <input type="checkbox"/> CELL () _____	REFERIDO POR: <input type="checkbox"/> DOCTOR(A) _____ <input type="checkbox"/> OTRA(O) _____	
EMAIL <input type="checkbox"/> I prefer appointment reminders be sent to my email			
INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
NOMBRE	RELACION CON LA/EL PACIENTE		
TELEFONO ()	ALTERNA ()		
Todos los servicios prestados se cobran directamente al paciente. Los pacientes son financieramente responsables del pago a menos que se hayan hecho otros arreglos con la administración del consultorio. Es nuestra política que el pago se realice al mismo tiempo que se prestan los servicios. No prestamos servicios sobre la base de que las compañías de seguros sean financieramente responsables.			

Fechas De Lesiones Relevantes	
En qué fecha experimentó por primera vez síntomas relacionados con su lesión?	
Si le operaron por este problema, ¿cuál fue la fecha de la cirugía más reciente?	
Si comenzó el tratamiento en otro centro en una fecha anterior, agregue esa fecha aquí.	

Cuál es la razón principal por la que busca atención médica? ¿Qué problema podemos ayudarte a resolver?

Cuáles son sus objetivos para la terapia?



Alguna vez ha sufrido o le han dicho que tiene alguno de los siguientes?

- | | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hipertensión | <input type="checkbox"/> problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> lesión en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> derrames cerebrales | <input type="checkbox"/> problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> problemas tiroideos | <input type="checkbox"/> trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> niveles bajos de azúcar en sangre |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> problemas circulatorios o vasculares |
| <input type="checkbox"/> huesos rotos (fracturas) | <input type="checkbox"/> otros problemas ortopédicos | <input type="checkbox"/> dolor crónico | <input type="checkbox"/> úlceras/problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> migrañas crónicas | <input type="checkbox"/> Niega antecedentes médicos previos significativos. | | |

Medication List

Nombre	Dosis	Frecuencia	Vía de administración (ex: oral, inyeccion, etc.)	Para qué sirve?

Por favor indique cualquier alergia conocida que tenga.

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas a mi leal saber y entender.

Firma de la/del paciente	Fecha



Reglas para Cancelar

Le pedimos que nos de **24 horas** de aviso para cancelar citas. Si cancela con menos de 24 horas de anticipación o si no llega a su cita sin aviso, se le va cobrar **\$40.00**. Llegando más de 20 minutos tarde a su cita también se considera como una cancelación.

Si cancela con menos de 24 horas o llega más de 20 minutos tarde más de 3 veces, no podrá hacer más citas por adelantado y tendrá que llamar cada día para disponibilidad.

Se pueden hacer excepciones para emergencias o enfermedades. Por favor llámenos a su primera disponibilidad si tiene algún conflicto o problema.

Acepto los términos enumerados y toda la información proporcionada es precisa.

Iniciales

Aviso de prácticas de privacidad.

Por ley, estamos obligados a proporcionarle nuestro aviso de Prácticas de Privacidad (NPP). Este aviso describe como podemos utilizar y divulgar su información médica. También le indica como puede obtener acceso a esta información.

Como paciente usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones a su información;
3. El derecho a solicitar que se restrinja su información;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a un informe de divulgaciones de su información;
6. El derecho a una copia de este Aviso.

Queremos asegurarle que su información médica/de salud protegida está segura con nosotros. Este aviso contiene información sobre cómo nos aseguraremos de que su información permanezca privada. Una copia completa de nuestras prácticas de privacidad está disponible en cualquier momento en nuestra sala de espera o previa solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el siguiente Oficial de Privacidad.

Fecha de vigencia de este Aviso: 01/01/2021

Persona de contacto: Joseph Park— Oficial de privacidad

12465 Lewis Street. Suite 101 Garden Grove, CA 92840

Teléfono: (714) 703-8477

Correo electrónico: Joe@ascendpt.net

Por la presente reconozco que he tenido la oportunidad de revisar una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de esta práctica. Entiendo que si tengo preguntas o quejas sobre mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con el funcionario de privacidad. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá actualizaciones de este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD en caso de que se enmiende, modifique o cambie de alguna manera durante el curso de mi tratamiento.

Paciente o tutor del paciente, firma.

Acepto los términos enumerados y toda la información proporcionada es precisa.

Iniciales

POLITICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Es nuestra política y una cortesía ayudarlo a determinar sus beneficios de fisioterapia; sin embargo, es su responsabilidad conocer su cobertura. Si hay alguna inconsistencia en los beneficios cotizados de su compañía de seguros, infórmenos de inmediato ya que Ascend Physical Therapy, Inc. no es responsable de información inexacta sobre la compañía de seguros o la cobertura proporcionada.

También es su responsabilidad informar a Ascend Physical Therapy, Inc. si está recibiendo activamente o planea recibir alguna de las siguientes terapias durante el curso de su tratamiento en Ascend Physical Therapy, Inc., ya que puede afectar sus beneficios: PT, OT , Habla, Quiroterapia, Cardíaca, Acupuntura o Hidroterapia.

Los pacientes de **Medicare** no pueden recibir beneficios para la terapia ambulatoria de la Parte B de Medicare y la atención médica domiciliaria de la Parte A de Medicare al mismo tiempo. Debe informar a Ascend Physical Therapy si se inscribe en un episodio de atención médica domiciliaria mientras está inscrito en fisioterapia para pacientes ambulatorios. Esto incluye todas las formas de atención médica domiciliaria, no solo fisioterapia. Si no informo la atención médica domiciliaria a Ascend Physical Therapy, Inc., entiendo que seré responsable de cualquier cargo impago incurrido durante ese tiempo.

Asignación de beneficios/Divulgación de información: Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Ascend Physical Therapy, Inc. por los servicios profesionales prestados a mí o a mi dependiente. Entiendo que la información de copago/coseguro es mi responsabilidad y deberá pagarse al momento del servicio. Seré personalmente responsable de cualquier saldo impago adeudado. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar estos reclamos.

Por la presente acepto pagar mi cuenta A MEDIDA QUE SE PROPORCIONAN LOS SERVICIOS. Si por alguna razón hay un saldo adeudado en mi cuenta, pagaré puntualmente al recibir el estado de cuenta. Aunque he solicitado a Ascend Physical Therapy que facture a mi compañía de seguros en mi nombre, ENTIENDO CLARAMENTE QUE SOY RESPONSABLE DIRECTAMENTE DE ASCEND PHYSICAL THERAPY, INC. POR MI CUENTA, INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DE MI RECLAMO DE SEGURO.

Acepto los términos enumerados y toda la información proporcionada es precisa.

Iniciales

Consentimiento al Tratamiento

Estoy de acuerdo con Ascend Physical Therapy, Inc. y los siguientes métodos de tratamiento.

- Estoy de acuerdo para recibir una evaluación y tratamiento si se encuentra un anormalidad o dolor en los nervios, músculos, o huesos que previene movimiento o función normal.
- Estoy consciente que los siguientes métodos puede ser utilizados: movilización de tejidos blandos y articulaciones, ejercicios en casa, entrenamiento para rehabilitar funciones (postura, movimiento), aplicación de compresas calientes o frías, uso de estimulación eléctrica, y ultrasonido.
- Estoy consciente de que puedo negar tratamiento en cualquier momento después de recibir una explicación del método y propósito del tratamiento.
- Reconozco que puede atender otros doctores o profesionales para mi condición.
- Reconozco que puedo comprar el equipaje necesario para mi tratamiento en Ascend Physical Therapy, Inc o en cualquier otro lugar.

He leído y estoy de acuerdo con todo lo anterior:

Acepto los términos enumerados y toda la información proporcionada es precisa.

Iniciales

Certifico que he leído y entiendo las declaraciones de consentimiento anteriores que he rubricado.

Nombre impreso

Paciente o tutor del paciente, firma.

Fecha