

	Centennial
	Cimarron
	Sunset

Razon para tratamiento:
Visita debido a una lesión?

No Sí Fecha de herida: _____
Fecha de cirugía: _____

Información del paciente

Nombre:	Primer _____ Apellido _____	Fecha de nacimiento:	_____
Dirección:	Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____	Edad:	_____
Número de Teléfono:	_____	SSN:	_____
	Correo Electrónico: _____	Sexo:	_____

Si el paciente es menor de edad, que es el nombre del padre(s)/guardián legal: _____
(marque uno)

Referencia de abogado	Nombre de abogado _____	Número _____
Referencia del medico	Nombre del medico _____	Número _____
Referencia propia	<input checked="" type="checkbox"/> Como supiste de nosotros o nos elejiste: _____ <i>(ejemplos: amigo, proveedor, Google, Yelp, Facebook, por manejar, por lugar)</i>	

Contacto de emergencia

Nombre	Relación	Número

Información de Seguro Medico Incluso si se está evaluando como paciente con "lesiones personales/representacion legal" le pediremos su información de seguro medico. Esto es para protegerlo de tener que pagar de su bolsillo por sus tratamientos de terapia física, si no gana su caso legal. **SE LE FACTURARA POR LOS SERVICIOS.**

Seguro Primario: _____ Miembro # _____ Seguro Secundario: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado:	Relación al paciente:	Nombre del asegurado:	Relación al paciente:												
Miembro #: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td>Ust. Mismo</td></tr> <tr><td> </td><td>Pareja</td></tr> <tr><td> </td><td>Hijo</td></tr> </table> <p>(check one)</p>		Ust. Mismo		Pareja		Hijo	Miembro #: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td>Ust. Mismo</td></tr> <tr><td> </td><td>Pareja</td></tr> <tr><td> </td><td>Hijo</td></tr> </table> <p>(marque uno)</p>		Ust. Mismo		Pareja		Hijo
	Ust. Mismo														
	Pareja														
	Hijo														
	Ust. Mismo														
	Pareja														
	Hijo														

Información de Seguro y Responsabilidad del Paciente

Seguro Primario:	Usado	Seguro Secundario:	Usado	Visitas aprobaron del abogado	Otras notas:
Copago \$ _____ \$ _____		Copago \$ _____ \$ _____		visitas total _____	
Deducible _____		Deducible _____			
Coseguro % _____ %		Coseguro % _____ %		Monto en dólares \$ _____	

Estoy de acuerdo a pagar TODOS los cargos incurridos, incluyendo copagos, deducibles, coseguros y facturación del saldo que no estan pagados de la aseguradora o abogado. En la situación de "auto pago", estar facturado directamente. (SPT personal de oficina tiene que completar esta sección completamente. Paciente necesita revisar la exactitud)

Firma del paciente: Exactitud de la información personal y responsabilidad seguro.

Imprima: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Información Médico

Médico de referencia:

Domicilio	
Teléfono	

Es diferente:
Médico Primario

Domicilio	
Teléfono	

	YES	No	
Has tenido terapia este año?			Terapia Física
			Terapia ocupacional
			Terapia del lenguaje
			Terapia médica en el hogar

↓

Si es así donde, y porque:

Si el paciente tiene 3 años o menos, ha visto el paciente otro terapeuta a cualquier otro instalaciones este año, incluyendo Nevada Early Intervention?

Sí No

Hay cualquier otra cosa que necesitamos saber sobre el tratamiento que has tenido en los pasados 12 meses?

CONSENTIMIENTO PARA USO/REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al firmar esta forma, usted nos concede el consentimiento de usar o revelar su información de salud protegida para los objetivos de tratamiento y/o varias actividades asociadas con operaciones de salud y pago. Nuestro aviso de Practicas de Privacidad provee mas detallesde nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de cuidado medico. Si no hay una copia del aviso que acompaña esta forma de consentimiento, por favor pregunte por su copia. Le aconsejamos leerlo ya que esto proporciona detalles en como la información sobre usted puede ser usada y/o revelada y describe ciertos derechos que usted tiene en cuanto a su información de cuidado medico.

Como declarado en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si deberiamos hacer así, publicaremos un aviso revisado. Ya que las revisiones pueden aplicarse a su información de cuidado medico, usted tiene derecho de recibir una copia contactandose con nuestro Oficial de Privacidad: Allison Hollis at (702) 368-6778.

Usted tiene derecho de revocar su consentimiento dando aviso a nuestro Oficial de Privacidad. La revocación No afectará acciones que fueron tomadas ye en previo consentimiento.Usted también debería entender que si usted revoca este consentimiento podemos rehusar tratarle.

Firma De Paciente: CONSENTIMIENTO PARA USO/REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Imprima: _____
Firma: _____

Fecha: _____

Acuerdo para el equipo usado

Comprendo que como parte del tratamiento, tengo acceso a equipo de ejercicio y aveces usandolo sin supervisión. Yo no haré a Edwin Suarez Physical Therapy responsable para cualquiere lesion/caída producido en resultado de usar el equipo. También no ajustaré el equipo durante mi tratamiento, puede provocar lesión.

Nuestro personal está a su disposición para ayudarle.

Impirma: _____

Firma: _____

Con tu solicitud, este forma se puede mandar a tu doctor para obtener sus archivos.

MEDICARE: Aviso avanzado de beneficiario (si es aplicable)

Medicare ID #: _____

Si tiene beneficios de Medicare, por favor lea la siguiente información con respecto a los beneficios de terapia física para pacientes ambulatorios.

- * Forma adicional necesitada /notificación anticipada sobre sin cobertura (SPT va a pre-llenarlo)
- * Esta oficina es un proveedor participante de MDCR.
- * Terapia física paciente fuera beneficios esta limitado \$1,900.00 por año. Medicare permitirá a aproximadamente 18 visitas por año.
- * Nuestra oficina no será capaz de tratar a un paciente más allá del limite de beneficio, excepto base de pago en efectivo.

Sabemos que los beneficios de Medicare pueden ser difíciles de entender, por lo que vamos a hacer todo lo posible para ayudarle. Si tiene alguna duda, consulte a uno de nuestro personal para ayudar, o póngase en contacto con su representante de Medicare.

Imprima: _____

Firma _____

Fecha: _____

Fecha de envío: _____

Enviado por: _____



El consentimiento del paciente para liberar los registros médicos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si un menor de edad, Padre(s)/Tutor Legal Nombre(s): _____

Los ultimos 4 de SSN XXXX _____

Dirección: _____ Ciudad Estado Código

Número de Teléfono: _____

Por favor, suelte mi historial médico a la ubicación indicada a continuación

Suarez Physical Therapy
3620 E Sunset Rd. Suite 100
Las Vegas, NV 89120

Suarez Physical Therapy
6930 S. Cimarron Rd. Suite 160
Las Vegas, NV 89113

Suarez Physical Therapy
6200 N Durango Dr. #120
Las Vegas, NV 89149

Liberar de/Release from: Physician: _____ Número de Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____

Firma del paciente: Consentimiento para liberar los registros/Consent to Release Medical Records

Imprima: _____

Firma: _____ Fecha: _____

- * Este consentimiento específicamente es creado para información de los servicios proveados antes de la fecha que el paciente firmó.
- * Información relacionada a servicios despues de la fecha de firma require nueva autorizacion.
- * Este consentimiento es revocable en cualquier momento, excepto en la medida en que el departamento que hace la revelación ya ha tomado medidas.

Si no se revoca previamente, este consentimiento plazo en esta fecha:

IMPORTANTANTE: Asistencia / Cancelaciones / Ausencias Sin Llamada

Entiendo que debido a mi salud es la máxima prioridad, me honraré a mí mismo y a mi equipo de SPT al llegar a tiempo a todas mis citas de recuperación de terapia física. Estaré completamente presente con mi médico de SPT y seguiré su guía y plan que ellos diseñaron especialmente para mis necesidades. Durante mis sesiones, concentraré mi energía en sanarme, ya que me apropiaré por completo de mi propia experiencia de recuperación.

Por Favor inicial en las cajas:

Si no puedo asistir a ninguna de mis sesiones programadas de TF, me honraré a mí mismo, a mi equipo de SPT y a mis compañeros de SPT, llamando **al menos con 24 horas de anticipación** para que se reestructuren o cancelen mi cita.

Entiendo que si tengo **más de DOS (2) citas perdidas en un período de un mes**, seré responsable de pagar una tarifa de **\$40** y me pueden colocar en una lista de espera . No se me cobrará si reprogramo la cita dentro del mismo día en cualquiera de las tres ubicaciones de SPT.

También comprendo que si **"no llamo, no atiende"** (no llamo a mi equipo SPT para informarles que no puedo asistir a mi cita), seré responsable de pagar una tarifa de **\$50**.

Si llego más de 15 minutos tarde a mi cita, mi equipo de SPT hará todo lo posible por complacerme, pero pueden cancelar mi cita y reprogramar mi sesión. si debo una tarifa, me honraré a mí mismo y a mi equipo de SPT, pagando oportunamente.

Imprima: _____
Firma: _____

Fecha: _____

Miembro del equipo SPT

Imprima: _____
Firma: _____

Fecha: _____

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA PRÁCTICA

Este aviso describe como su información de salud sobre puede ser usada y revelada, usd. puede conseguir el acceso a esta información. Por favor examínelo con cuidado.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD COMO NUESTRO PACIENTE

Las leyes Estatales y Federales requieren que nosotros mantengamos la privacidad de su información de la salud y le informaremos sobre nuestras prácticas de privacidad proveyéndole de este aviso. Debemos seguir la práctica de privacidad como descrito abajo. Este Aviso entrará en vigor el 1 de Septiembre del 2005 y permanecerá en vigor hasta que sea enmendado o sustituido por nosotros. Este es nuestro derecho de cambiar nuestra práctica de privacidad cuando la ley permita cambios. Antes de que hagamos un cambio significativo, este aviso será enmendado para reflejar los cambios y pondremos el nuevo Aviso a disposición sobre la petición. Nos reservamos el derecho de hacer cambios de nuestra práctica de privacidad y los nuevos terminos de nuestro Aviso eficaces para toda la información de su salud mantenido, creado y/o recibido por nosotros antes de que los cambios de fecha fueran hechos. Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso de privacidad en cualquier momento al ponerse en contacto con el/la Oficial de Privacidad, Tita Sosa. La formación para ponerse en contacto con nosotros puede ser encontrada al final de este Aviso.

USOS TÍPICOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Guardaremos su información de salud confidencial, usándola solo para los casos siguientes:

Tratamiento: Nosotros podemos usar su información de salud para proveerle de nuestros servicios profesionales. Hemos establecido "mínimo necesario o necesidad de saber" estándares que limitan el acceso de varios miembros con su información de salud según sus funciones de trabajo primarias. Se requiere cada uno de nuestro personal firme una declaración de confidencialidad.

Pago: Nosotros podemos usar y revelar su información de salud para buscar el pago para servicios que le proporcionamos. Esta implica nuestro personal de oficina comercial y puede incluir organizaciones de seguros u otro negocio que puede ser implicable en el proceso de enviar declaraciones y/o coleccionar equilibrios impagados.

Emergencias: Nosotros podemos usar o revelar su información de salud para notificar, o asistir en la notificación de un miembro de familia o alguien responsable de su cuidado, en caso de una emergencia que implica su cuidado. Su posición, su condición general o muerte. A ser posible le proveeremos de una oportunidad de objetar este uso o revelación. En condiciones de emergencia o si usted está incapacitado/a usaremos nuestro juicio profesional para revelar sólo la información directamente relevante a su cuidado. También usaremos nuestro juicio profesional para hacer inferencias razonables de su mejor interés permitiendo a alguien recoger prescripciones llenas, rayos-X /o otras formas similares de su información de salud y/o provisiones a menos que usted no haya acondejado lo contrario.

Su Autorización: En adición a su uso de información de salud para tratamiento, pagos, y cuidado de salud y operaciones, puedes darnos autorización escrita para usar información medico o revelarlo a cualquier persona para cualquier proposito. Sí nos da autorización, puede rovocar en escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará cualquier uso o revelación permitido por su autorización mientras está en efecto. A menos que usted nos da una autorización por escrito, nosotros no podemos a revelar su información de salud para cualquier razón excepto los que estan en este noticia.

Para Su Familia y Amigos: Nosotros necesitamos a revelar su información de salud a usted directamente, como escrito en el parte de derechos del paciente sección de este noticia. Nosotros podemos a revelar su información de salud a un miembro de su familia, amigo o otra persona al extento necesario para ayudarle con su cuidado de salud o para pagos para su cuidado de salud pero nada más si usted esta de acuerdo en que nosotros podemos.

Responsabilidades de Salud Pública: Revelaremos su información de cuidado para relatar problemas con productos, reacciones a medicamentos, memorias de producto, exposición de enfermedad/infección y prevenir y controlar la enfermedad, la herida o la invalidez.

Mercadotecnia servicios relacionados con la salud: No usaremos su informción de salud para objetivos de mercadotecnia a menos que tengamos su autorización escrita de hacer así.

Requerido Según La Ley: Nosotros podemos usar o revelar su información de salud cuando se requiere que nosotros hagamos tan según la ley.

(Tribunal o órdenes administrativas, citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal.) Usaremos y revelaremos su información de salud sea solicitada por seguridad nacional, inteligencia y otros funcionarios Estatales y Federales y/o si usted es un presidiario o por otra parte bajo la custodia de aplicación de la ley.

Abuso o Negligencia: Nosotros podemos usar o revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una seria amenaza a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados información de salud requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a las instituciones penitenciarias o a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley la custodia legal de la información médica protegida de reclusos o pacientes bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o revelar su información de salud para proporcionar recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene el derecho de ver o obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo. (Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener un formulario para solicitar el acceso mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso. Como fotocopias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso mediante el envío de una carta a la dirección al final de este aviso. Si usted solicita copias, le cobraremos para localizar y copiar su información de salud. Si usted solicita un formato alternativo, Nosotros le cobraremos una tarifa basada en el costo para proveer su información de salud en ese formato. Si usted prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Póngase en contacto con nosotros usando la información listada al final de este Aviso para Una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.)

Contabilidad de divulgación: Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros asociados de negocios revelamos su información de salud para fines distintos del tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, durante los últimos 6 años, pero no antes de junio 17, 2003. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en costos por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o revelación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Revelaciones No Rutinarias: Usted tiene el derecho de recibir una lista de revelaciones no rutinarias que hemos hecho de su información de asistencia médica. (Cuando hacemos una revelación rutinaria de su información a un profesional para tratamiento y/o objetivos de pago, no guardamos un registro de revelaciones rutinarias: por lo tanto allí no están disponibles.) Usted tiene el derecho a una lista de casos en los cuales nosotros, o nuestros socios, revelamos la información por otros motivos aparte de su tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. Usted puede solicitar revelaciones no rutinarias de hace 6 años comenzando desde el 14 de Abril de 2003. La información antes de aquella que ser liberada (Ejemplo: Si usted solicita la información por otros motivos aparte de su tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. Usted puede solicitar revelaciones no rutinarias de hace 6 años comenzando desde el 14 de Abril de 2003. La información antes de aquella fecha no tendría que ser liberada (Ejemplo: Si usted solicita la información el 15 de Mayo de 2004, el período de revelación a aquella fecha no comenzaría el 14 de Abril de 2003 hasta el 15 de Mayo de 2004, las revelaciones antes de Abril de 2003 no tienen que ser puestas a disposición.)

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmiendas su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada). Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: Si ha recibido este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (correo electrónico), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

Preguntas o Quejas:

Si quieres mas información de nuestra prácticas de privacidad o tienes preguntas o inquietudes, por favor ponganse en contacto con nosotros. Si estas inquieto de que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad o no estas de acuerdo con una decision que hemos decidido sobre su información de salud o un requisito que tiene para modificar o restringir el uso o revelación sobre su información de salud o que hemos a comunicado con usted con medios alternativos o ubicaciones alternativas, usted puede quejar a nosotros directamente usando la información notado abajo. Usted tambien puede enviar una queja por escrito al departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Nosotros podemos proveerle el dirección para achivar su queja con el departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Oficial de Contacto: Allison Hollis

Teléfono: 702-368-6778 Fax: 702-368-6775

E-mail: allison@edwinsuarezpt.com

Dirección: 3620 E. Sunset Rd. #100, Las Vegas, NV 89120

Firma del Paciente: Reconosimiento de Recibo de Aviso de Privacida de la Practica

Imprima:

Firma:

Fecha:

SUAREZ PHYSICAL
THERAPY

Suarez Physical Therapy
3620 E Sunset Rd. Suite 100
Las Vegas NV 89120

Suarez Physical Therapy
6930 S. Cimarron Rd. Suite 160
Las Vegas NV 89113

Suarez Physical Therapy
6200 N Durango Dr. #120, Bldg 12
Las Vegas NV 89149

