



Bienvenido a Life In Motion Physical and Hand Therapy. Por favor, llene la siguiente información en este formulario lo mejor que pueda y por favor acérquese a la recepción si necesita ayuda o tiene alguna pregunta. Estamos contentos de tenerlo como parte de la familia LIM y esperamos poder ayudarle en el proceso hacia su pronta recuperación.

Escriba Claro.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Género: M F Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Edad: _____

Por favor escriba su método preferido de contacto:

Teléfono de casa: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a
 Divorciado/a Separado/a

Dirección de Correo:

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

¿Quién es el Médico que lo refirió o cual es su proveedor de seguro médico?

Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Quién es su Médico Primario?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ **Teléfono:** _____

Relación: _____

Ocupación: _____ **Nombre de su Empleador:** _____

¿Está trabajando actualmente? Si o No (circule uno)

¿Es alérgico a los siguientes?:

Látex Si o No (circule uno)

Adhesivo Si o No

Yodo Si o No

Plata Si o No

¿Actualmente fuma o usa productos de tabaco? Si o No

¿Usted tiene un marcapasos? Si o No

¿Qué le hizo escoger a Life In Motion como su proveedor para terapia?

He sido paciente anteriormente Sitio Web Facebook/Twitter Seminario en Life In Motion
 Referido por mi médico Periódico/anuncio Revisiones de Google Seminario en otra compañía

Referido por compensación laboral (Worker's Compensation)

Búsqueda/Enviado por el seguro médico

Referido por otro paciente de ustedes (escriba su nombre abajo)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Garante

Si usted está llenando la información en éste formulario en nombre del paciente, por favor ingrese su información. Esto se aplica si usted es un padre, o tiene poder notarial, etc.

Nombre del Garante _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Número de teléfono del Garante: (____) _____ - _____

Relación con el Paciente: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

SEGURO PRIMARIO

Compañía de Seguro: _____ Plan: _____

Nombre del asegurado que no sea paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Dirección de Reclamación de Seguros: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de Seguro: _____ Plan: _____

Nombre del asegurado que no sea paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Dirección de Reclamación de Seguros: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Solamente Compensación Laboral

INFORMACION DE SU EMPLEADOR

Título/Posición de Trabajo: _____

Nombre de su Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DEL AJUSTADOR/ GERENTE DE CASO (ENFERMERO/A)

Nombre del Ajustador: _____ Nombre de GDC: _____

Teléfono del Ajustador: _____ Teléfono de GDC: _____

Número de Fax del Ajustador: _____ Número de Fax de GDC: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Como cortesía a nuestros pacientes, un representante de Life In Motion Physical and Hand Therapy llamará a su compañía de seguros para verificar sus beneficios de Therapy/ DME particulares. Sin embargo, es en última instancia la responsabilidad del paciente que sea consciente de cómo paga su propio seguro para estos servicios. En la fecha ___ / ___ / ___, un representante de su compañía de seguros nos ha informado que van a cubrir Terapia / DME de la siguiente manera:

<u>PRIMARIO</u>	<u>SECUNDARIO</u>	<u>DME</u>
Beneficios Disponibles: _____	Beneficios Disponibles: _____	_____
COPAGO: \$ _____	COPAGO: \$ _____	_____
DED: \$ _____	DED: \$ _____	_____
CO-Seguro: _____	CO-Seguro: _____	_____
De su bolsillo: \$ _____	De su bolsillo: \$ _____	_____
A pesar de la exactitud de los beneficios comprobados anteriormente, Yo, _____ (Nombre del Paciente o Garante) entiendo y acepto que yo soy el último responsable de los gastos incurridos en Life In Motion Physical and Hand Therapy.		
Nombre del Paciente/Garante (escriba): _____ Fecha: ___ / ___ / ___		
Firma del Paciente/Garante: _____		

**CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION / TRATAMIENTO,
CESION DE SEGUROS, AUTORIZACION DE REGISTROS Y RECONOCIMIENTO DE INFORMACION**

Doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento que se considere necesario por razones médicas por mi médico de referencia. Por la presente autorizo a Life In Motion Physical and Hand Therapy para proporcionar información sobre mi salud con respecto a mi historia clínica relevante (incluyendo, pero no limitado a la información muy confidencial mencionados anteriormente) a cualquiera de los siguientes: otros profesionales de la salud involucrados en mi cuidado, compañías de seguros, abogados y ajustadores. Por la presente asigno a Life In Motion Physical and Hand Therapy todos los pagos por los servicios médicos prestados hacia mí o mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad que no estén cubiertos por el seguro. Reconozco que, a lo mejor de mi conocimiento, la información contenida en este formulario es correcta y completa.

Nombre del Paciente/Garante: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del Paciente/Garante (si es aplicable) _____

AUTORIZACION DEL PACIENTE

Yo, _____ (Nombre del Paciente/Garante), por la presente autorizo a Life In Motion Physical and Hand Therapy y sus empleados entregar una o toda la información médica del paciente incluyendo información muy confidencial a la persona(s) que se enumeran a continuación: (Ejemplo: Un cónyuge o familiar que pueden estar involucrado en la facturación y consultas de seguro).

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Teléfono (____) ____ - ____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Teléfono (____) ____ - ____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Teléfono (____) ____ - ____

Nombre del Paciente/Garante: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del Paciente/Garante: _____

AUTORIZACION DE PADRES (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Yo, _____ (nombre del tutor legal), por la presente autorizo a Life In Motion Physical and Hand Therapy y a sus empleados entregar cualquier o toda la información médica del paciente incluyendo información muy confidencial con respecto a mi hijo/a a la persona(s) que se enumeran a continuación: (Ejemplo: Un pariente o alguien que no sea un tutor legal que pueda acompañar a su hijo/a en una cita futura).

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Teléfono (____) ____ - ____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Teléfono (____) ____ - ____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____ Teléfono (____) ____ - ____

FIRMA: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

CLAUSULA DME

Los productos y/o servicios proporcionados a usted por Life In Motion Physical and Hand Therapy están sujetos a las normas de proveedores que figuran en los reglamentos Federales que se muestran en el Código 42 de las Regulaciones Federales Sección 424.57 (c). Estas normas se preocupan de asuntos profesionales y operacionales de negocio (por ejemplo, el cumplimiento de las garantías y horas de funcionamiento). El texto completo de estas normas pueden obtenerse en <http://ecfr.gpoaccess.gov>. A petición, se le proporcionará una copia escrita de las normas.

AVISO DE PRIVACIDAD

De conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, los pacientes de Life In Motion tienen derecho y se les proporciona los derechos a la privacidad con respecto a su información de salud relacionada como se establece en virtud de la legislación aplicable. La Información de Salud Protegida de un paciente ("PHI") sólo puede ser dada a conocer autorizada por esta ley. Life In Motion Physical and Hand Therapy se esforzará por garantizar que la información del paciente sea utilizada sólo para fines autorizados por el paciente, incluyendo pero no limitado al tratamiento de pacientes y las operaciones de pagos, citaciones legales, y como lo requiere la ley. A solicitud, podemos proporcionarle una copia completa de nuestras políticas de privacidad.

Además, al dar aviso con antelación razonable, los pacientes tienen derecho a revisar sus registros médicos y proporcionar comentarios a sus autores durante el horario normal. Además, los pacientes tienen derecho a obtener información con respecto a las entidades a las que la Información de Salud Protegida ("PHI") se ha proporcionado.

Por otra parte, los pacientes tienen derecho a:

- Ser informado de cualquier violación de su PHI sin protección;
- Tener comunicaciones de marketing hechas a ellos sólo si está autorizado por el paciente; y
- Rechazar la entrega de PHI a las aseguradoras de salud si el paciente paga por los servicios en su totalidad, sin la presentación de una reclamación.

Si tiene alguna inquietud, por favor póngase en contacto con Life In Motion Physical and Hand Therapy al (727) 369-6355.

Nombre del Paciente/Garante: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

Firma del Paciente/Garante (si es aplicable) _____

RECONOCIMIENTO GENERAL

Yo reconozco que he leído y he entendido toda la información contenida en éste formulario. Toda la información que he proporcionado es correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre del Paciente/Garante: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

Firma del Paciente/Garante (si es aplicable) _____