



All Care Therapies

OF GEORGETOWN

Occupational Therapy • Physical Therapy • Speech Therapy

Información del paciente

Nombre:_____ Apellido:_____

Genero:_____

Fecha de nacimiento:_____

Dirección:_____ Apt./PO Box:_____

Ciudad:_____ Estado:_____

Código postal:_____

Correo electrónico:_____

- Deseo recibir actualizaciones y hojas informativas de All Care Therapies a mi correo electrónico.

Como escucho de nosotros? Circule uno:

Busca en Internet Doctor Aseguranza Amigo/a
Quien?:_____

Otro:_____

Numeros Telefonicos

De casa:_____ De trabajo:_____

Celular:_____ Proveedor de celular:_____

Método preferido para recuerdos de avisos de cita (circule uno):

Texto o Correo electrónico

Contacto de emergencia

Nombre:_____ Apellido:_____

Numero de telefono:_____

Relación al paciente:_____

Esta persona está autorizada a llevarse al paciente de la clínica? Circule uno:
SÍ NO

Empleador

Nombre de compania:_____

Dirección:_____ Suite/Oficina #:_____

Ciudad:_____ Estado:_____

Codigo Postal:_____

Medico

Medico Primario:_____

Nombre de Clínica:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

Problema

Descripción del problema:

Fecha de iniciot:_____

Nivel de Dolor en descanso (circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

Nivel de Dolor en uso (circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Informacion Medica

Medicamentos actuales:

Alergias:-----

Cirugías

Tipo de cirugía:-----

Fecha de cirugía:-----

Restricciones actuales: -----

Seguro Primario

Aseguradora:-----

Número de identificación: -----

Número de grupo:-----

Número de reclamo: ----- Deducible:-----

Maximo beneficio anual:----- Copago:-----

Coseguro:-----

Información de suscriptor

Nombre de suscriptor:_____

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Relación del suscriptor al
paciente:_____

Seguro Secundario

Aseguradora:_____

Número de identificación:_____

Número de grupo:_____

Numero de reclamo:_____ Deducible:_____

Maximo beneficio anual:_____ Copago:_____

Coseguro:_____

Información de suscriptor

Nombre de suscriptor:_____

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Relación del suscriptor al
paciente:_____

Seguro Terciario

Aseguradora:_____

Número de identificación:_____

Número de grupo:_____

Numero de reclamo:_____ Deducible:_____

Maximo beneficio anual:_____ Copago:_____

Coseguro:_____

Información de suscriptor

Nombre de suscriptor:_____

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Relación del suscriptor al
paciente:_____

Lesiones de accidentes de vehículos motorizados

Si usted está recibiendo tratamiento por lesiones por un accidente de
vehículo motorizado, En que estado ocurrió en accidente?

Acuerdo del paciente y guardian:

- Autorizo la divulgación de la información solicitada por mi plan de seguro para el pago.

- Entiendo que soy responsable de cualquier saldo que no esté cubierto por mi seguro, incluidos copagos, coseguros y deducibles.
- Entiendo que cualquier co-pago requerido por mi compañía de seguros se debe al comienzo de mi sesión de tratamiento.
- Acepto cumplir con los términos y condiciones que se describen en el formulario de registro del paciente.
- Entiendo que debo notificar a All Care de cualquier cambio en el seguro y / o proveedor de atención primaria inmediatamente.

Firma del paciente/guardian:_____

Fecha:_____

Acuerdo de tratamiento médico de emergencia

Yo, _____, doy mi consentimiento a los directores de All Care Therapies de Georgetown para que reciba asistencia médica y quirúrgica que pueda ser considerada necesaria por un médico o cirujano debidamente licenciado o reconocido, en caso de emergencia cuando mi consentimiento no se pueda obtener.

Firma:_____

Fecha:_____

-

Aviso de practica de privacidad, Derechos del paciente y responsabilidades, Política de asistencia y reglas de la clínica

(Páginas laminadas o por correo electrónico)

He leído el documento laminado proporcionado con este paquete de toma de pacientes y lo entiendo. Yo entiendo de que tengo el derecho de pedir una copia no laminada del documento (o cualquier sección (s) del documento) para llevar a casa, o copiar correo electrónico a mí.

He leído, entiendo y acepto la notificación de prácticas de privacidad, la privacidad del paciente, los derechos y responsabilidades del paciente, la política de asistencia y las reglas de la clínica. Consiento el uso y divulgación de mi información de atención médica para propósitos de tratamiento, pago y opciones de atención médica.

Firma

Fecha

Si está firmando como representante personal del paciente, describa la relación con el paciente y la fuente de la autoridad para firmar este formulario.

Firma

Fecha

Relación:-----

Liberación de video y foto

All Care Therapies of Georgetown ocasionalmente toma fotos o videos cortos para propósitos de tratamiento y evaluación. All Care también tiene un sitio web (www.allcaretherapygt.com) que se utiliza para la promoción y la educación.

Debajo está el permiso o una declinación para que todas las terapias del cuidado de Georgetown utilicen estas fotos / videos para los propósitos educativos y la promoción legal de la clínica.

Marque solo una caja abajo

Permiso para usar la fotografía

Doy a All Care Therapies de Georgetown, sus representantes y empleados a tomar fotografías / video del paciente. Estoy de acuerdo en que All Care puede usar tales fotografías del paciente con o sin su nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo, propósitos tales como educación, publicidad, ilustración, publicidad y contenido Web.

_____ Marque aquí si ha leído y entiende lo anterior y da permiso para el uso anterior.

_____ Marque aquí si NO desea que la imagen o el video sean tomados y utilizados para publicidad, pero conceda permiso para usar fotos o videos para propósitos de tratamiento o evaluación.

_____ Marque aquí si NO desea que la imagen o el video sean tomados del paciente para cualquier propósito.

Nombre del paciente:

Firma del paciente/guardian legal:_____

Nombre completo:_____

Fecha:_____

Explicación sobre la Evaluación

Gracias por la oportunidad de realizar su evaluación. Es el objetivo y la misión de All Care servir a los individuos en nuestra área, ayudarlos a ser más independientes y mejorar su calidad de vida.

Después de que se realice la evaluación, su terapeuta lo anotará para determinar si se recomienda la intervención terapéutica. Si se recomienda la terapia, enviaremos una solicitud de tratamiento al médico para obtener una receta para el tratamiento. No podemos comenzar el tratamiento sin esta receta. Su médico puede tomar varias semanas para devolver la receta para el tratamiento y su proveedor de seguros para autorizar el tratamiento de la terapia. Le recomendamos que realice un seguimiento con su médico y proveedor de seguros para asegurar la comunicación entre las partes y la iniciación oportuna del tratamiento terapéutico. Tan pronto como recibamos la receta para tratamiento y autorización, nos pondremos en contacto con usted para comenzar su tratamiento de terapia. El tratamiento de la terapia se recomienda a menudo 2 a 3 veces por semana por 30 a 60 minutos cada sesión. La cantidad exacta será sugerida por el terapeuta. Asegúrese de que puede comprometerse a esta cantidad de tiempo para su terapia. Como se explica en nuestra política de asistencia, la asistencia constante y la participación en la terapia es vital para el progreso del paciente.

Puede ser posible que su terapeuta marque la evaluación el mismo día en que se da la evaluación para determinar si hay una necesidad de intervención terapéutica.

Si la evaluación se anota el mismo día, el terapeuta puede discutir los resultados con usted, si hay tiempo. Si la terapia se recomienda, el terapeuta puede incluso discutir posibles días de tratamiento y tiempo con usted. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la evaluación o la programación del

tratamiento, no dude en llamarlas a la atención de su terapeuta. Si la evaluación no puede ser anotada el mismo día, nos pondremos en contacto con usted sobre los resultados y recomendaciones de la evaluación tan pronto como se califique la evaluación. Se completará un informe de evaluación escrito y se le proporcionará una copia para sus registros.

Si en cualquier momento tiene preguntas sobre cómo funciona este proceso o una preocupación acerca de la terapia, por favor pregunte. Es nuestra meta cumplir y superar sus expectativas de terapia.

Gracias por elegirnos,

All Care Therapies of Georgetown