

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____ Sexo: M F

Dirección: _____ Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Teléfono celular: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____ Estado civil: Soltero / Casado / Viudo / Divorciado

Otra dirección: _____ Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Es esta condición el resultado de un accidente?

(accidente de carro, resbalón y caída, o relacionado con el trabajo)

Sí No

INFORMACIÓN DE REFERENCIA DEL MÉDICO

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Médico referente: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

¿Como supiste de nosotros?

Médico Amigo Anuncio Conferencia Feria de la salud Internet Otro

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Relación con el paciente: _____

Como cortesía, todos los reclamos se enviarán a sus compañías de seguros primarias y secundarias y se seguirán todas las pautas actuales. No existe una garantía absoluta de pago total por parte de sus compañías de seguros. Usted será responsable de cualquier deducible que no se cumpla, todos los copagos y montos que sus compañías de seguros consideren responsabilidad del paciente. Si se rechazan los reclamos debido a información incorrecta del seguro, el paciente es financieramente responsable.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

SALUD EN EL HOGAR DE MEDICARE

Medicare no cubrirá los servicios de Terapia Física, Terapia Ocupacional o de Lenguaje en nuestro centro si recibe algún tipo de atención médica domiciliaria proporcionada por una agencia certificada de atención médica domiciliaria de la Parte A de Medicare. El cuidado de la salud en el hogar incluye terapias físicas, ocupacionales y del lenguaje, cuidado de heridas, enfermería, auxiliares o ayuda con medicamentos. **Si su Agencia de Atención Médica en el Hogar no lo ha dado de alta por completo, no puede recibir ningún servicio de terapia física, terapia ocupacional o del lenguaje de Florida Movement Therapy Center – Boynton Beach, LLC.**

¿Ha recibido algún tipo de terapia de atención domiciliaria en los últimos 6 meses?

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la agencia utilizada.

Sí No

Nombre de la agencia: _____

Fecha de alta: _____

Yo, _____, entiendo que Medicare negará el pago de mis tratamientos de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla en esta clínica si estoy bajo el cuidado de una agencia de atención médica domiciliaria de la Parte A de Medicare.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

LÍMITE DEL DOLLAR MEDICARE

A partir de 1 de Enero de 2006, Medicare ha establecido un límite máximo en dólares para los servicios de terapia. A partir de Febrero de 2018, se derogó el proceso de excepción al límite; sin embargo, los montos en dólares todavía se utilizan como umbral y para obtener una Revisión Médica Manual, lo que significa que Medicare puede retener los pagos hasta que reciba la documentación del proveedor. Medicare continuará rastreando el uso de todas las terapias cada año. El umbral de la Parte B de Medicare es de \$ 2110 por año para fisioterapia y terapia del habla combinados y \$ 2110 para terapia ocupacional. El monto en dólares de la Revisión Médica Manual es de \$ 3000 para terapia física y terapia del lenguaje combinados y \$ 3000 para terapia ocupacional. Los servicios de quiropráctica y terapia en el hogar no están incluidos en el límite de Medicare. **Si ha recibido tratamiento en otra instalación y no informa a nuestra oficina, complicará el proceso de facturación y posiblemente dará lugar a una denegación por parte de Medicare.**

¿Ha recibido terapia en algún otro centro desde el 1 de enero de 2021?

Terapia física Si No fecha de alta: _____

Terapia del lenguaje Si No fecha de alta: _____

Terapia ocupacional Si No fecha de alta: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a **Florida Movement Therapy Center – Boynton Beach, LLC** a proporcionar tratamiento terapéutico con receta / remisión del médico remitente y según lo establecido en el plan de atención creado por el terapeuta evaluador. También autorizo el pago directo de facturas médicas al Florida Movement Therapy Center - Boynton Beach, LLC.

Autorizo a **Florida Movement Therapy Center – Boynton Beach, LLC** y sus terapeutas a entregar a mi médico remitente, a cualquier garante, a mis empleadores, a mi compañía de seguros, a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios, cualquier información requerida para asegurar el pago de los cargos incurridos por mí. o en mi nombre, incluido el diagnóstico de mi condición. Incluyo en esta información cualquier información relacionada con el estado de VIH o SIDA, abuso de sustancias y antecedentes psiquiátricos.

RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Tiene derecho a recibir una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento comunicándose con **Florida Movement Therapy Center – Boynton Beach, LLC** al 561.733.5083.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el **Florida Movement Therapy Center - Boynton Beach, LLC** o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, comuníquese con nosotros en **Florida Movement Therapy Center – Boynton Beach, LLC**, 12040 Jog Rd Suite 8, Boynton Beach, FL 33437. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificados en este aviso o que no estén permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos brinde con respecto al uso y divulgación de su IIHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de que revoque su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su IIHI por las razones descritas en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar registros de su atención.

Nuevamente, si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestras políticas de privacidad de información médica, comuníquese con **Florida Movement Therapy Center - Boynton Beach, LLC**, 12040 Jog Rd Suite 8, Boynton Beach, FL 33437, 561.733.5083

He recibido el derecho a solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de **Florida Movement Therapy Center – Boynton Beach, LLC**.

El paciente y todos los involucrados entienden que esta firma en el archivo revoca toda la firma con fecha anterior en el archivo, y por la presente se declaran nulas y sin efecto y se sustituyen por esta firma en el archivo.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

(Padre o tutor si el paciente es menor de edad)

Compruebe si ha tenido o se ve afectado actualmente por alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes: tipo 1 o 2 | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Mareos / Desmayos | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Asma o fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales o de vejiga | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Problemas con el habla |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / baja | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Tabaco |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Corea de Huntington | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Infección actual | <input type="checkbox"/> Inmunosupresión | <input type="checkbox"/> Dificultades de la vista |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación:
_____ | <input type="checkbox"/> Aumento / pérdida de peso |

¿Tienes dolor? **Sí** **o** **No** **¿Si sí donde?** _____

Si respondió que no, omita las siguientes tres preguntas y firme a continuación.

Califique su dolor debido a este problema.

- Lo peor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Actualmente: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- A lo mejor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo describe este dolor?

- Incendio Constante Aburrido / dolorido Intermitente Hormigueo entumecimiento Agudo
- Tiroteo Palpitante Peor en la mañana Peor en PM Peor por la noche

¿Qué empeora este dolor?

- Doblado Tos estornudos Acostada Sentado En pie Escaleras arriba
- Escaleras abajo Sentarse para pararse Anular Para caminar

¿Existe alguna otra información de salud que debamos conocer? Sí No

En caso afirmativo, especifique: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Revisado por el terapeuta: _____ **Fecha:** _____