

## 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 – Gardens 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 – Gardens, 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 – Gardens, 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 – Gardens, LLC** al 561.619.9520.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el **Florida Movement Therapy Center - Gardens, 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 – Gardens, LLC**, 8645 N Military Trl #401, West Palm Beach, FL 33410. 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 - Gardens, LLC**, 8645 N Military Trl #401, West Palm Beach, FL 33410, 561.619.9520

He recibido el derecho a solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de **Florida Movement Therapy Center – Gardens, 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:<br>_____ | <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 debemos conocer?                       Sí     No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Revisado por el terapeuta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_