



HIGH LINE REHAB

SPANISH INTAKE

Please fill out the details. "REQUIRED" denotes a required field.

Información del paciente

Nombre REQUIRED	
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Teléfono de casa	
Teléfono celular	

Correo electrónico

Choose one.

- Hombre
- Mujer

Choose one.

- Empleado
- Jubilado
- Otro

Choose one.

- Casado
- Soltero
- Otro

Médico principal	
Teléfono	
Médico de referencia	
Teléfono	

¿Cómo se enteró de nosotros?

Choose one.

- Médico
- Google
- Redes sociales
- Vive cerca
- Otro

INFORMACIÓN DEL SEGURO: POR FAVOR PROPORCIONE LA TARJETA(S) DE SEGURO CON ESTE FORMULARIO COMPLETADO

Nombre del titular de la póliza	
Compañía de seguros	
Número de identificación del miembro	
ID del grupo de la póliza	
Relación del titular de la póliza	

¿Ha recibido terapia física este año?

Choose one.

- S
- N

en caso afirmativo, ¿dónde?
Answer here

¿Cuántas visitas? Cobertura de Medicare:

Choose one.

- S
- N

Nombre del empleador del titular de la póliza	
Teléfono	

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del titular de la póliza	
Compañía de seguros	
Número de identificación del miembro	

Patient or Patient's Guardian, signature.

Check the box to agree. We will ask for your signature at the end when you submit the form and add it to all docs you agreed to.

- I agree to terms listed and all information provided is accurate.

ACUERDO FINANCIERO

POLÍTICA FINANCIERA: Por favor, lea e inicie abajo. Nuestra Política Financiera está diseñada para promover la diligencia debida y proporcionar una estrategia proactiva en lugar de reactiva. Con su participación, esta política minimizará y potencialmente eliminará errores y malentendidos con respecto a su seguro u otros arreglos financieros de pago. No nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a, pero no limitado a: deducibles, coseguros, copagos, servicios cubiertos, preautorización, cargos habituales y habituales.

REVISE SUS BENEFICIOS Le instamos a que revise su póliza de seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Por favor, llame a su compañía de seguros si tiene alguna pregunta específica sobre su póliza relacionada con los beneficios de terapia física ambulatoria. Debe verificar y comprender con precisión el deducible, el copago, el coseguro, la limitación de visitas, la fecha de renovación anual efectiva del calendario y cualquier requisito de preautorización de su póliza. Como cortesía, verificaremos su cobertura, pero no garantizamos la precisión de la información que recibimos. Usted es responsable de conocer su nivel de cobertura y es en última instancia responsable del pago completo. Si tiene un seguro secundario, debe presentarlo en su visita inicial. Las mismas políticas y responsabilidades se aplican al uso del seguro secundario. Usted es

responsable de la precisión de la información del seguro que utilizamos para presentar la reclamación, y usted es en última instancia responsable del pago completo de su factura.

EN LA RED Usted es responsable de cumplir con el deducible en la red antes de que su seguro comience a reembolsar por los servicios prestados. Usted es responsable del copago/coseguro especificado en su "programa de beneficios". High Line Rehab PT PC ha acordado con su compañía de seguros aceptar el cargo máximo permitido en la red o del proveedor preferido como pago completo por los servicios prestados. No habrá facturación de saldo por servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar los servicios o suministros que reciba pero que no estén cubiertos por su póliza. Los copagos o deducibles se deben pagar en el momento del servicio.

FUERA DE LA RED High Line Rehab PT PC puede no estar en la red con su seguro y le notificaremos nuestra participación en la red. Si su póliza tiene beneficios fuera de la red, aceptaremos su seguro y trabajaremos con usted en cuanto a deducibles, coseguros y limitaciones. Sin embargo, usted sigue siendo responsable de cumplir con la responsabilidad del paciente o de cumplir con el acuerdo realizado entre usted y High Line Rehab PT. Todavía será responsable del deducible, los copagos y/o el coseguro en cada visita. Sus beneficios fuera de la red para la terapia física ambulatoria se explicarán claramente en el "programa de beneficios" de su póliza de seguro. Presentaremos reclamaciones de pago a su compañía de seguros.

PLANES DE PAGO EN EFECTIVO SIN SEGURO (Pago directo) Los planes de pago en efectivo son exclusivamente un acuerdo financiero sin seguro. Los arreglos en efectivo son exclusivamente independientes de los escenarios en la red y fuera de la red. Los recibos de los planes en efectivo no se pueden presentar al seguro para su reembolso. High Line Rehab PT ofrece un plan en efectivo basado en una tarifa del seguro y es para pacientes que han agotado los beneficios durante el tratamiento y para aquellos que desean participar en programas de prevención de lesiones supervisados por terapeutas. El pago por los servicios debe recibirse en el momento del servicio, en su totalidad.

PACIENTES DE ACCIDENTES DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS Y COMPENSACIÓN

LABORAL High Line Rehab PT PC no acepta pagos de terceros. En caso de que esté buscando tratamiento por lesiones sufridas en un accidente automovilístico, debe usar y agotar su cobertura de pagos médicos (si corresponde) o utilizar su seguro médico primario. Si ninguno de estos casos se aplica a usted, requerimos que obtenga un abogado para garantizar que se paguen sus reclamaciones. Las reclamaciones de compensación laboral deben presentarse y ser aprobadas por su empleador/compañía de seguros de compensación laboral ANTES de recibir servicios de High Line Rehab PT PC.

PAGO High Line Rehab PT PC acepta efectivo, cheque y todas las principales tarjetas de crédito. Se cobrará una tarifa de servicio de \$25 por todos los cheques devueltos. Si tiene seguro, los saldos se considerarán actuales a partir de la fecha en que reciba el servicio. Los pacientes recibirán un estado de cuenta cada 30 días si corresponde. Por favor, pregúntenos si necesita establecer un plan de pago personalizado.

POLÍTICA DE CITAS High Line Rehab PT PC comprende que muchos de nuestros pacientes tienen horarios muy ocupados. Nuestro horario es muy flexible para adaptarse a las necesidades de nuestros pacientes. Entendemos que pueden ocurrir situaciones que no podemos controlar ni planificar. Si necesita cancelar su cita, avísenos con un mínimo de 12 horas de anticipación. Se aplicará un cargo por cancelación de \$25.00 en la segunda cancelación sin un aviso de 12 horas. Debe notificar a nuestra oficina sobre la cancelación de su cita por teléfono o correo electrónico, de lo contrario, su cita perdida se considerará como "NO SE PRESENTÓ". Cada cita marcada como "NO SE PRESENTÓ" estará sujeta a un cargo de \$25.00 en la primera ocasión. La negativa de un paciente no los exime de esta política, esta política se aplica a cada paciente que sea atendido en High Line Rehab PT PC. Este cargo no está cubierto por compensación laboral ni por las compañías de seguros. Será responsabilidad del paciente pagar este cargo.

Gracias por brindarnos la oportunidad de servirle, no dude en hacernos cualquier pregunta sobre nuestros servicios, políticas y tarifas. El firmante acepta la responsabilidad financiera última por los servicios prestados.

Patient or Patient's Guardian, signature. **REQUIRED**

Check the box to agree. We will ask for your signature at the end when you submit the form and add it to all docs you agreed to.

I agree to terms listed and all information provided is accurate.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

De acuerdo con las regulaciones de privacidad de HIPAA, le notificamos cómo se puede utilizar y divulgar la información médica/información de salud protegida sobre usted. Según la ley, estamos obligados a mantener la privacidad de esta información, pero es posible que necesitemos compartir información de salud protegida (PHI) con otros para procesar sus reclamaciones o para operaciones de atención médica, que pueden incluir, entre otros: 1) Recibir pago, 2) Verificar el seguro, 3) Realizar evaluaciones de calidad, 4) Gestión de coordinación de atención, 5) Administrar nuestro negocio, 6) Ayudar a otras entidades cubiertas con sus operaciones de salud o negocio, 7) Acreditación, certificación, servicios sociales, 8) Divulgación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, 9) Agencias de salud, 10) Prevenir una amenaza grave para la salud o seguridad, 11) Investigación, 12) Compensación laboral, 13) Salud pública y seguridad, 14) Asuntos legales, seguridad nacional o aplicación de la ley, 15) Médico personal, médico del equipo, director atlético o entrenador, 16) A usted o su representante designado previa solicitud por escrito, 17) Otros usos y divulgaciones de PHI solo con autorización por escrito.

RECONOCIMIENTO DE HIPAA

Al firmar a continuación, reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de High Line Rehab PT PC. El aviso proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar la información médica que mantenemos sobre usted. Le recomendamos que lea el aviso completo. Entiendo que una copia del aviso actual se publicará en el área de recepción, en el sitio web (si corresponde) y que se pondrá a disposición cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado.

Firma	
Relación con el paciente	

Patient or Patient's Guardian, signature. **REQUIRED**

Check the box to agree. We will ask for your signature at the end when you submit the form and add it to all docs you agreed to.

I agree to terms listed and all information provided is accurate.

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Altura
Peso
¿Cuál es el motivo principal de la evaluación de hoy?
Por favor, enumere cualquier medicamento recetado o de venta libre que esté tomando.
Si tiene una lista preescrita de medicamentos, entréguela en la recepción para que podamos hacer una copia para nuestros registros. Marque si NO TIENE: (Incluya dosis y frecuencia).

Please circle any condition that you have been diagnosed with
Choose as many as you like.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Parkinson's |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular Disease | <input type="checkbox"/> Cerebral Vascular Accident | <input type="checkbox"/> Obesity |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> History of Cancer?(Specify) | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Current Infection | <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizure |
| <input type="checkbox"/> Huntington's | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> Pregnancy |
| <input type="checkbox"/> Cauda Equina Syndrome | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy | <input type="checkbox"/> Autoimmune Condition |

¿Tomó una tomografía computarizada (CT scan) o radiografía (X-Ray)?

Choose one.

Sí (si es sí, p or favor especifique)

No

¿Tiene implantes metálicos?

Choose one.

Sí

No

¿Marcapasos?

Choose one.

Sí

No

Por favor, liste cualquier cirugía que haya tenido o cualquier otra condición no mencionada anteriormente

Patient or Patient's Guardian, signature. REQUIRED

Check the box to agree. We will ask for your signature at the end when you submit the form and add it to all docs you agreed to.

I agree to the terms listed and all information provided is accurate.

If there is anything you think we need to know, please include it below.

Sign here: