



575 EAST HARDY STREET SUITE #105
INGLEWOOD, CA 90301
OFICINA: (310) 412-0100 FACSIMIL: (310) 988-2654

HOJA DE BIENVENIDA

*FECHA: _____

¿ESTÁ ACTUALMENTE INSCRITO EN LA SALUD DEL HOGAR? SÍ () NO ()

¿EN CASO AFIRMATIVO, CÓMO SE LLAMA EL CENTRO DE SALUD? _____

¿QUIÉN PODEMOS AGRADECER SU REFERENCIA A NUESTRA OFICINA? _____

*Nombre: _____ *Sexo: HOMBRE () MUJER ()

*Fecha de Nacimiento: _____ *Seguro Médico Primario: _____

*Dirección: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código Postal: _____

*Teléfono: _____ Email: _____

Estado Civil: Casado/a () Soltero () Viudo/a () Divorciado/a ()

*Contacto de Emergencia: _____ *Teléfono: _____

Idioma Primario: _____ Necesita Interprete? SÍ () NO ()

Número de Seguro Social: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE REFERENCIA

*Nombre de Doctor: _____

*Dirección de la Oficina: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código Postal: _____

*Teléfono: _____ Facsimil: _____

¿SU LESIÓN FUE EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ () NO ()

¿TIENE USTED UN ABOGADO? SÍ () NO ()

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ABOGADO: _____

*campo obligatorio



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO PARA RECIBIR SERVICIOS DE FISIOTERAPIA

(POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO)

1. Doy mi consentimiento para la prestación de servicios de fisioterapia médicamente necesarios según lo prescrito por el médico y / o fisioterapeutas de acuerdo con un plan de atención.
2. Entiendo que la prestación del servicio de fisioterapia depende de una determinación continua de la necesidad médica por parte de mi médico y / o fisioterapeuta. Además, entiendo que RONNIE JOHNSON, JR., DPT, puede decidir proporcionar la atención que requiero en mi entorno familiar, si es necesario.
3. Entiendo que en el caso de que mi compañía de seguro niegue el pago a RJ PHYSICAL THERAPY GROUP, INC. o RONNIE JOHNSON, JR., DPT, en cualquier forma, que soy y seré responsable de los servicios de pago que se me presten en RJ PHYSICAL THERAPY GROUP, INC.
4. He leído y entendido la información proporcionada en este formulario. La naturaleza de los servicios de fisioterapia que recibiré son los riesgos y beneficios asociados con esos servicios, y las responsabilidades de mis cuidadores me han sido explicadas adecuadamente. Autorizo y doy mi consentimiento a la prestación de servicios de fisioterapia bajo el cuidado de RONNIE JOHNSON, JR., DPT.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



ASIGNACIÓN ÚNICA DE BENEFICIOS DE SEGURO DE MEDICARE

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre de RJ PHYSICAL THERAPY GROUP, INC, por cualquier servicio que me proporcione el mismo. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mi a divulgar a la Administración de Financiamiento de atención médica y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar esos beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica “otro seguro de salud” en el Punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otra parte de otro formulario de reclamo aprobado o reclamos presentados electrónicamente, cualquier firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra. En los casos de asignación de Medicare, el proveedor acepta la determinación del cargo del proveedor de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable solo del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro o el deducible se basan en la determinación del cargo de la compañía de Medicare.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS MEDIGAP (SEGURO SECUNDARIO)

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medigap se realice a mi o en mi nombre a RJ PHYSICAL THERAPY GROUP, INC, por cualquier servicio que me proporcione el mismo. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mi a divulgar a mi aseguradora medigap cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Esta cesion permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como un original.

Firma del Paciente o Agente Autorizado: _____

Fecha: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En **RJ PHYSICAL THERAPY GROUP**, siempre hemos mantenido su información de salud segura y confidencial. Como resultado de la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1966) estamos obligados a mantener su privacidad, darle este aviso y seguir los términos de este aviso. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

CÓMO SE PUEDE USAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a aquellos involucrados en brindarle la mejor atención de fisioterapia posible. Podemos compartir su información de salud con médicos, fisioterapeutas/asistentes de fisioterapia de referencia, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y el lenguaje o otro personal de atención médica que le brinde tratamiento.

Podemos usar o divulgar su información de salud para cobrar el pago por el tratamiento que recibe de nuestra práctica. Nos aseguraremos de que las empresas con las que trabajamos compartan un compromiso similar con su privacidad y seguridad.

Su información de salud puede ser utilizada para nuestras operaciones normales de atención médica. Podemos usar o divulgar su información de salud para capacitar al personal, pasantes, asociados y asociados comerciales y clínicos. También es posible que su información de salud se divulgue a las compañías de seguros o agencias gubernamentales como parte de sus revisiones de garantía de calidad y cumplimiento. Además, su información de salud puede ser revisada durante los procesos rutinarios de acreditación, certificación o licencia.

Con su permiso, compartiremos información de salud con personas que lo ayudarán con los tratamientos. En caso de emergencia, compartiremos información de salud con personas que lo ayudarán con los tratamientos.

DERECHOS DEL PACIENTE

Tiene derecho a solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información de salud como se describe anteriormente. Haremos todo lo posible para cumplir con las solicitudes razonables.

Tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales que pueden incluir comunicaciones selladas por correo o comunicaciones a una dirección o número de teléfono en particular.



Tiene derecho a revisar y recibir una copia de su información de salud después de proporcionar una solicitud por escrito con respecto a la información que desea revisar. Se puede obtener una copia de sus registros por una tarifa razonable para cubrir los costos duplicados.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda o cambio a su información de salud si cree que sus registros son incorrectos o incompletos. Esta solicitud debe ser por escrito y puede o no resultar en ningún cambio. No eliminaremos ni revisaremos ningún documento existente, pero agregaremos su declaración o cualquier información nueva a su archivo.

Usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso.

Tiene derecho a presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si siente que su privacidad está comprometida. Sin embargo, le recomendamos que exprese cualquier inquietud o queja directamente con nosotros para que podamos trabajar juntos para crear un ambiente más cómodo y confidencial.

Este aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003. Después de esta fecha, tiene derecho a solicitar una contabilidad de las divulgaciones realizadas en los 6 años anteriores. Estas divulgaciones no incluirán las realizadas para el tratamiento, el pago, de las operaciones de atención médica para las cuales hemos obtenido autorización.

NUESTRO DEBER DE PROTEGER SU PRIVACIDAD

Estamos obligados a cumplir con las regulaciones federales de privacidad de la información de salud manteniendo la privacidad de su información de salud protegida. Estas reglas requieren que le proporcionamos este documento o Aviso de Prácticas de Privacidad. Nos reservamos el derecho de actualizar este aviso si así lo exige la ley. Si no actualizamos este aviso en cualquier momento en el futuro, recibirá un aviso revisado.

CONTACTO DE PRIVACIDAD

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o presentar una queja, puede ponerse en contacto con:

Nombre: Ronnie Johnson, Jr., DPT
Número de teléfono: (310)-412-0100

Título: Oficial de Privacidad
Día Efectivo: Abril 14, 2003

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____