



Por favor escriba sus iniciales que ha leído cada sección y su firma en la parte inferior

Cancelación/NoShowPolicy: *Cancelación/NoShowPolicy: Paradigm de la terapia física requiere 24 horas de anticipación para la cancelación de una cita programada. Hay un cargo de \$50,00 para presentarse o cancelación sin previo aviso apropiado. Este cargo no está cubierto por su seguro. Entendemos que las circunstancias atenuantes pueden ocurrir por eso hemos implementado una política de "Dos cancelar o No-Show". Permitiremos por dos cancelaciones antes de cargar un honorario. Por cada cancelación o de no presentarse más allá de dos, se evaluará un honorario de \$50,00. Mantener sesiones de tratamiento regular es esencial para los resultados positivos. Cancelaciones repetidas o ausencias obstaculizan su atención y pueden resultar en descarga de nuestra clínica.*

Es igualmente importante que seáis puntuales a su cita programada. Eres Bienvenido a llamar con antelación para solicitar un tiempo antes o después. Estaremos encantados de honrar su petición si se dispone de otras veces cita, sin embargo, simplemente llegar tarde o temprano cambia el curso de tratamiento para usted y otros. No podemos garantizar que seremos capaces de tratarlo si estás más de 10 minutos tarde a una cita. Asimismo, se le pedirá que esperar hasta la hora de su cita programada Si llegas más de 10 minutos antes de su cita. Con el fin de proporcionarle la mejor atención posible, le pedimos que lleguen a la hora de su cita.

Nos tomamos en serio estas políticas porque cuando un paciente pierde una cita, tres personas son afectados negativamente:

- 1. Usted, el paciente – para no recibir el tratamiento que necesita.*
- 2. Su terapeuta – como él o ella tiene ahora un hueco en la agenda.*
- 3. Otro paciente – que podría haber tenido su hora de la cita.*

Por favor, entienda que su dolor puede fluctuar como tu curso progresa de tratamiento y antes de completar la terapia. Tener dolor o no tener dolor no es razones para cancelar o no se presenta para su tratamiento programado. Si usted está sufriendo, es importante entrar porque hay tratamientos disponibles y/o modificaciones de programa que pueden ayudar a aliviar su dolor. Asimismo, si usted está experimentando menos dolor, es importante seguir el curso del tratamiento para corregir las causas subyacentes de su lesión para evitar futuros contratiempos.

Política de Consentimiento: *Doy mi consentimiento a Paradigm Physical Therapy and Wellness para realizar fisioterapia y proveer datos de facturación médica necesaria para procesar reclamaciones de seguros por mis servicios médicos. También doy permiso para la liberación de información médica por fax a mi proveedor de referencia médica y cualquier proveedor medico que participe en el cuidado de mi estado actual. Incluso autorizo que se use una copia de mi autorización en lugar del documento original. Niños menores de 14 años de edad deben estar acompañados por un padre o tutor durante el tiempo de tratamiento. En el caso de que niños menores de edad se transporten solos o vengán sin sus padres, al firmar a continuación, los padres autorizan la continuación del tratamiento y dejan fuera de*

cualquier responsabilidad a Paradigm Physical Therapy en el período de transporte hacia y desde nuestra clínica.

Política de Reembolso: Debido a la incertidumbre de los deducibles, co-pago, y co-seguro adeudados en el momento del servicio, Paradigm Physical Therapy podría recoger cantidades equivocadas. Una conciliación de su cuenta se producirá 30 días después de la terminación del tratamiento y 30 días después de que todos los pagos se reciban de los seguros. Un reembolso será emitido dentro de los 30 días de su conciliación de cuentas. Circunstancias especiales se revisarán caso por caso.

Reconocimiento de los Derechos de Privacidad: Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos de privacidad con respecto a mi información de salud la cual es protegida por la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre un número de profesionales de salud que puedan estar involucrados en mi tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de cualquier otro asesor externo para mis servicios de atención de salud.
- Conducta normales de operaciones de cuidado de salud, tales como la evaluación de calidad y actividades de mejoramiento.

Habra alguien al que usted le de permiso de su cuidado? No Si, Nombre(s):

-
- Acceso a mi información financiera, con el fin de pagar cualquier deducible, coaseguro o copago de los pagos o cualquier otro en mi cuenta.
 - Capacidad para programar, cancelar y/o descarga las citas de terapia.
 - Capacidad para adquirir información del fisioterapeuta o asistente de terapia física con respecto a mi tratamiento de paradigma.
 - Cualquier otra información especificada por el paciente. Por favor lista de abajo:
-
-

Contacto de Emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Entiendo que tengo que ser notificada/o por escrito de cualquier cambio de declaración o restricciones de otro tipo de información que se han dicho anteriormente.

He leído las políticas mencionadas y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del Paciente

Fecha

Pasado historial médico (marque lo que corresponda):

- Enfermedades del corazón*
- Ataque al corazón*
- Cirugía del corazón*
- Angina*
- COPD*
- Derrame Cerebral*
- TIA*
- Alta Presión*
- Asma o enfermedades pulmonares*
- Diabetes*
- Ulcera*
- Enfermedad intestinal*
- Enfermedad del riñón*
- Enfermedad del hígado*
- Anemia o otras enfermedades de la sangre*
- Obesidad*
- Cáncer*
- Depresión*
- Osteoarthritis*
- Artritis reumática*
- Osteoporosis*
- Dolor de Espalda*
- Enfermedad de Lyme*
- Bronquitis*
- Ataques*

- Alergias*
- Dolores de Cabeza*
- Fiebre Reumática*
- Enfermedades Sexuales*
- Alcoholismo*
- audición, visión, problemas del habla y / o de comunicación*
- Cirugía: _____*

Su síntomas están:

- Peor*
- Igual*
- Mejor*

En Este Momento Esta?

- embarazasa (pacientes femeninas solamente)*
- Bajo Estrés*
- Deprimida*

Fecha de su ultimo examen físico:

En general, como diría que esta su salud?

- Excelente*
- Muy Bien*
- Bien*
- Mas o Menos*
- Mal*

Hace ejercicio?

- Poco: 1 a 2 veces por semana*
- Moderado: 3 a 4 veces por semana*
- Fuerte: 4 a 6 veces por semana*

En los últimos 3 meses a tenido?

- Cambios de salud*
- Nausea o vomito*
- Fiebre o escalofríos*
- Cambios inexplicados de peso*
- Entumecimiento o hormigueo*
- Cambio de Apetito*
- Dificultad al comer*
- Cambios en el intestino o la vejiga*
- Infeción de orina*
- Falta de Aliento*
- Mareos*
- Infeción en la vía respiratoria*

Fuma o masca tabaco en este momento o en el pasado? Si No

Toma Bebidas Alcohólicas? Si No
Si la respuesta es si, cuantas bebidas por semana?

Lista de medicamentos que toma:

Highest level of education completed...

- Menos que Preparatoria*
- Graduado de Preparatorio*
- Graduado del colegio*
- Escuela de postgrado o título*

Dosis:
