



Physical Therapy - Occupational Therapy - Speech Therapy

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT INFORMATION SHEET)

Información Personal

Nombre: _____ Inicial: ____ Apellido: _____
Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____
Número Seguro Social: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: (mes, día, año) ____ / ____ / ____ Genero: M ____ F Médico
de referido: _____ Médico primario: _____
Diagnóstico primario: _____ Diagnóstico secundario: _____
Podemos comunicarnos con usted via email? SI/ NO Correo electronico: _____ (opcional)

Información del padre

Nombre de la madre: _____ Teléfono: (____) _____ Seguro social ____ - ____ - ____
Dirección (si es diferente): _____ Empleo: _____
Nombre del padre: _____ Teléfono: (____) _____ Seguro social ____ - ____ - ____
Dirección (si es diferente): _____ Empleo: _____
____ Estado civil: soltero: ____ casado(a): ____ otro: ____

Información del contacto de emergencia o tutor legal

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____
Relación con el Paciente: Contacto de Emergencia () Padre () Tutor ()

Información del seguro

Seguro Primario : _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Teléfono del Titular de la Póliza: (____) _____
Fecha de Nacimiento del titular (mes/día/año) ____ / ____ / ____ Seguro Social del Titular: ____ - ____ - ____
Dirección del titular (si es diferente): _____

Seguro Secundario : _____ Número de Póliza: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Teléfono del Titular de la Póliza: (____) _____
Fecha de Nacimiento del titular (mes/día/año) ____ / ____ / ____ Seguro Social del Titular: ____ - ____ - ____
Dirección del titular (si es diferente): _____

Tenga en cuenta que es su responsabilidad consultar con su seguro sobre la cobertura de la terapias ambulatorias. Verificamos la elegibilidad como una cortesía, pero su falta de verificación podría resultar en una factura impaga de la cual usted es responsable. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a HPRC sobre cualquier cambio en la cobertura del seguro médico.

Firma del Responsable

Nombre del Responsable

Fecha



Pediatric Rehab

Physical Therapy - Occupational Therapy - Speech Therapy

Pólítica Financiera (Financial Policy)

En Human Performance and Rehabilitation Centers (HPRC) somos sensibles al los constantes cambios relacionados a la salud y los costos asociados para nuestros pacientes. Hacemos nuestra política de: A) proporcionarle la mayor transparencia posible con respecto a su responsabilidad financiera en cada visita, y B) hacer que sea fácil y conveniente para usted pagar su porción del costo de sus servicios.

1. En primer lugar, le pedimos a cada paciente que proporcione información de tarjeta de crédito/débito o de Automated Clearing House (ACH). Su información de tarjeta de crédito/débito o ACH se almacena de forma segura de acuerdo con las leyes de cumplimiento de la industria de tarjetas de pago (PCI) y no es accesible para los miembros de nuestra práctica de ninguna manera.
2. Luego, le damos un estimado, basado en su deducible restante actual, de cuál podría ser su responsabilidad financiera potencial después de que su compañía de seguros procese su reclamo.
3. A continuación, autoriza a HPRC a cargar su tarjeta de crédito / débito o cuenta de depósito registrada hasta el monto del presupuesto, así como cualquier monto adicional que autorice. Se le proporcionará un recibo cada vez que carguemos su tarjeta de crédito / débito o cuenta de depósito.
4. Por último, recopilamos su dirección de correo electrónico para enviar notificaciones o estados de cuenta electrónicos si tiene un saldo adeudado después de que su (s) compañía (s) de seguros procese su reclamo.

(Ponga sus iniciales en cada declaración después de revisarla):

_____ Autorizo a HPRC a enviar estados de cuenta electrónicos a mi dirección de correo electrónico registrada. Entiendo que no recibiré una copia de dicha declaración a través del correo de EE. UU. Entiendo que es mi responsabilidad mantener una dirección de correo electrónico actualizada en los archivos de HPRC en todo momento.

_____ Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que proporcione un aviso por escrito de cancelación a HPRC. Entiendo que puedo cancelar la autorización solo para servicios futuros.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a HPRC información precisa sobre el seguro para garantizar una facturación adecuada. Entiendo que mi (s) compañía (s) de seguros pueden negar el pago de reclamaciones relacionadas con los servicios prestados si no proporciono información precisa sobre el seguro y puedo ser responsable de todo el saldo de mi cuenta.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad obtener todas las referidos y autorizaciones antes de recibir atención por parte de HPRC.

_____ Entiendo que si no cancelo una cita al menos 24 horas antes de la cita programada, estaré sujeto a una tarifa de \$ 20.00 que se debe pagar antes de recibir atención adicional. Esta tarifa no se facturará al seguro.

Nombre del Paciente

Número de teléfono

Nombre del titular como aparece en la tarjeta o cuenta

correo electrónico

Dirección de facturación del titular de la cuenta/tarjeta

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del titular del la cuenta/tarjeta

Fecha

**Formulario de Consentimiento del Miembro de Telesalud
(Telehealth Member Consent Form)**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
GA MED ID#: _____

1. **PROPÓSITO:** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta virtual con relación al siguiente procedimiento (s) y/o servicio (s):

2. **NATURALEZA DE LA CONSULTA DE TELESALUD:** Durante la consulta virtual:
 - a. Los detalles de su historial médico, exámenes, radiografías y otras pruebas se discutirán con otros profesionales de la salud mediante el uso de tecnología de video, audio y telecomunicaciones.
 - b. Es posible que le realicen un examen físico.
 - c. Un técnico no médico puede estar presente en la sesión telesalud para ayudar en la transmisión de video.
 - d. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotos durante el procedimiento (s) o servicio (s).

3. **INFORMACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS:** Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y copias de sus registros médicos aplican a esta consulta de telesalud. Tenga en cuenta que todas las telecomunicaciones se graban y almacenan. Además, la difusión de cualquier imagen o información del paciente para esta consulta de telesalud para investigadores u otras entidades no se producirá sin su consentimiento.

4. **CONFIDENCIALIDAD:** Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal de Georgia se aplican a la información divulgada durante esta consulta de telesalud.

5. **DERECHOS:** Puede negar o retirar su consentimiento para la consulta de telesalud en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro o correr el riesgo de perder o retirar los beneficios del programa al que de otro modo estaría autorizado.

6. **DISPUTAS:** Usted acepta que cualquier disputa que surja de la consulta de telesalud se resolverá en Georgia y que la ley de Georgia se aplicará a todas las disputas.

7. **RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS:** Se le ha informado de todos los posibles riesgos, consecuencias y beneficios de la telesalud. Su proveedor de salud ha analizado con usted la información proporcionada anteriormente. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y la consulta de telesalud. Se han respondido todas sus preguntas y comprende la información escrita proporcionada anteriormente.

Acepto participar en una consulta de telesalud para los procedimientos descritos anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____
Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____
Firma de testigo: _____ Fecha: _____



Pediatric Rehab

Physical Therapy - Occupational Therapy - Speech Therapy

A todos los padres / tutores:

Debido a los requisitos de privacidad de HIPPA, ya no podemos permitir que los hermanos de los pacientes ingresen al área de tratamiento.

Los hermanos que acompañan al niño a la terapia deben permanecer en la sala de espera de rehabilitación pediátrica durante la visita.

Tratamos a varios pacientes a la vez en nuestra zona de gimnasio. Como tal, es imposible evitar que los padres y hermanos vean a otros pacientes.

HIPPA nos prohíbe permitir que los no pacientes vean a los pacientes durante el tratamiento.

Es importante que el niño que recibe la terapia reciba la atención completa del terapeuta tratante sin interrupciones ni distracciones. Al finalizar la sesión de tratamiento, el terapeuta discutirá los resultados de la sesión.

Si debe abandonar el área de espera, notifique al gerente de la oficina.
Recomendamos permanecer en el departamento hasta la finalización de la cita.

Agradecemos su comprensión y cooperación en este asunto.

El personal de Pediatric Rehab

POLÍTICA DE CITAS
(APPOINTMENT POLICY)

HPRC Pediatric Rehab se preocupa mucho por la salud y el bienestar de los niños a quienes servimos.

La asistencia constante es muy importante para el progreso de su hijo. Entendemos que a veces ocurren circunstancias que impiden que su hijo asista a la cita programada.

Efectivo Inmediato:

_____ Debe **LLAMAR PARA CANCELAR** su cita si no puede asistir, antes de la hora de su cita. Se prefiere un aviso de 24 horas.

_____ Si llega tarde a una cita, más de 8 minutos, su hijo puede ser visto o no. Es posible que sea necesario reprogramar la cita. Sin embargo, si se atiende a su hijo, la cita se abreviará.

_____ Si una cita **NO se cancela**, se considerará **NO SHOW**. Un **NO SHOW** ocurre si su hijo no está en su cita programada dentro de los 15 minutos de la hora de la cita. Se enviará una notificación a través de mensajería instantánea, informándole de la cita perdida. Si llama para cancelar el seguimiento de recibir un mensaje de texto, el **NO SHOW** no se puede cambiar a una cancelación.

_____ **** A partir de 1 **NO SHOW**, su hijo será eliminado del horario si tiene citas programadas. Si llama para reprogramar la cita, se reprogramarán sólo para una cita a la vez. Si ocurre otro **NO SHOW**, se suspenderán las terapias durante 3 meses, se notificará al primario, y se necesitará una nueva receta para regresar a la terapia. ****

_____ Además, si tiene 3 cancelaciones dentro en un período de 3 meses, entonces su hijo será eliminado del calendario y las citas se programarán una a la vez.

Por favor asegúrese de que los números de contacto que tenemos para usted estén actualizados. _____

Recuerde, depende de usted ponerse en contacto con nuestra oficina para reprogramar las citas.

Gracias por su comprensión y cooperación. Si tiene alguna pregunta con respect a esta política, por favor pregunte.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____



Physical Therapy - Occupational Therapy - Speech Therapy

COVID-19/ Coronavirus Medical History Addendum

Gracias por venir hoy. Como saben, el mundo está experimentando un brote cada vez mayor de enfermedad respiratoria (COVID-19) causado por un nuevo coronavirus.

Nos tomamos muy en serio nuestro papel de proteger la salud de nuestros pacientes y nuestro personal. Antes de ingresar a nuestras instalaciones, le pedimos respetuosamente que confirme lo siguiente.

- Actualmente no está enfermo con:
 - Fiebre
 - Tos
 - Dificultad al respirar
- No ha estado en estrecha proximidad con alguien que esté actualmente enfermo con COVID-19 o cualquier otra enfermedad respiratoria en los últimos 14 días.
- ¿No ha viajado recientemente desde un área con una propagación comunitaria generalizada o en curso de COVID-19?

Comuníquese con un miembro del personal si tiene alguna pregunta o inquietud.

¡Gracias!

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Physical Therapy - Occupational Therapy - Speech Therapy

BIENVENIDO AL CENTRO DE DESEMPEÑO HUMANO Y REHABILITACIÓN

Su médico lo ha referido al Centro de Rehabilitación y Desempeño Humano (HPRC) para recibir tratamiento por un terapeuta físico, ocupacional y del habla.

La siguiente información le permitirá comprender mejor nuestras políticas de presentación de pagos y seguros:

POLÍTICA DE PAGO: El pago se solicita en el momento del servicio a menos que se hagan otros arreglos antes de tratamiento. Aceptamos efectivo, cheque, MasterCard o Visa.

SEGURO: HPRC cobrará a su seguro primario si usted proporciona la información de seguro correspondiente. Usted recibirá un estado de cuenta cada mes si su cuenta tiene saldo. Usted es responsable del pago de ese saldo. Si su seguro no paga, debe comunicarse con la compañía de seguros. Esta oficina no negociará resolución de una reclamación de seguro en disputa.

HMO - PPO: HPRC está inscrito en numerosos programas de seguro de proveedores participantes y de atención administrada. Por favor avise a nuestro personal si es miembro de este tipo de programa. Todos los copagos o saldos estimados del paciente vencen en el momento de servicio. Nuestra participación no es garantía de pago de su seguro. Recibirá un estado de cuenta por cualquier saldo después de que el seguro haya respondido a nuestro reclamo.

MEDICAID: Los terapeutas de HPRC son proveedores participantes de Medicaid. Cobraremos a su Medicaid y un seguro secundario si nos proporciona la información de seguro adecuada. Recibirás un estado de cuenta cada mes, hasta que se pague su cuenta. Pague sólo los montos a cargo del paciente en su estado de cuenta. Medicaid pagará 80% de los servicios cubiertos después de alcanzar su deducible. Usted es responsable de su deducible y del 20% de la cobertura cargos si su suplemento no se paga a tiempo.

MEDICAID REQUIERE QUE VEA SU MÉDICO POR LO MENOS CADA 90 DÍAS MIENTRAS RECIBE LA TERAPIA. NECESITAREMOS UN NUEVO REFERIDO PARA DOCUMENTAR LA VISITA DE SU MÉDICO. MEDICAID REQUIERE QUE NOSOTROS COMPLETEMOS UNA NOTA DE PROGRESO CADA 30 DÍAS MIENTRAS ESTÁ RECIBIENDO TERAPIA.

CASOS LEGALES: No podemos tratar a los pacientes de forma contingente; por lo tanto, cuando los casos legales estén pendientes de resolución, solicitamos que se pague el cargo completo en el momento en que se brinde el tratamiento.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, ALGUIEN DE NUESTRA OFICINA EMPRESARIAL ESTARÁ GUSTADO DE AYUDARLO USTED.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN: Doy mi consentimiento para el tratamiento en The Human Performance and Rehabilitation Center. Autorizo a HPRC a divulgar documentación médica e información suplementaria tal como se recopila en mi expediente médico durante este tratamiento o tratamientos posteriores con el fin de pagar los beneficios. Autorizo además que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Human Performance and Rehabilitation Centers, Inc. cuando se indique en la reclamación. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos por los servicios prestados.

Firmado: _____ Fecha: _____
Padre/Tutor

Relación con el paciente: _____

Presenciado por: _____
Revisado 4/2011