COAST
PHYSICAL THERAPY SPECIALISTS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente; (Apellido)_____(Nombre de pila)_____

Cita :__/_____/_____ Hora de la cita:_____ Numero de cuenta #:_____

INFORMACIÓN PERSONAL

Numero de Seguro Social #: _____-_____-_____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____M o F

Dirección: _____ Teléfono del Casa (_____)_____-_____

Cuidad: _____Estado:_____Código Postal:_____ Teléfono del Trabajo (____)____-_____

Empleador:_____ Teléfono del Celular (_____)_____- _____

Dirección de empleador:_____Cuidad:_____Estado:_____Código postal:_____

Ocupación:_____ Estado civil:_____

Contacto de Emergencia:_____ Dirección de E-Mail:_____

Relación al paciente:_____ Teléfono de contacto: _____-_____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario:_____

Numero de ID:_____ Numero de Grupo:_____

Numero de teléfono: (_____)_____-_____

Seguro secundario:_____

Numero de ID : _____ Numero de teléfono: (____)____-_____

LESIONES DE INFORMACION

¿Ha tenido cirugía por esta lesión? Si_____ No_____ Fecha de lesión:_____/_____/_____

Tipo de lesión: Trabajo / Auto / Otro;_____

Detalles de lesiones (Parte del cuerpo):_____

MEDICO DE REFRENCIA

Nombre de medico:_____ Numero:(_____)_____-_____

Dirección:_____ Numero de fax: (_____)_____-_____

Cuidad:_____Estado:_____Código Postal:_____ Numero de NPI:_____

Fecha de la prescripción:_____/_____/_____ Instrucciones Especiales:_____

_____

PARA EL USO DE LA OFICINA

Terapeuta: _____

_____ _____

Firma del paciente *(Yo certifico que toda la información es correcta)* ***Fecha***

COAST
PHYSICAL THERAPY SPECIALISTS

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO

Yo, el presente, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento a COAST PT para proporcionar el cuidado y el tratamiento médico a _____considerado necesario y apropiado en diagnosticar o tratar su condición física y mental.

El paciente/guardián_____La fecha_____

ASIGNACION DE BENEFICIOS / AUTORIZACION DE INFORMACION

Yo, el presente asigno todos mis beneficios médicos y/o quirúrgicos para incluir los beneficios médicos a los que soy permitido, incluyendo Medicare, Medicaid, seguro privado a COAST PT Una fotocopia de este documento debera ser considerada tan válida como la original. Yo, por el presente autorizo dicho apoderado para proporcionar toda información necesaria, incluyendo Registros Médicos, para asegurar el pago.

El paciente/guardián_____La fecha_____

LA DECLARACION FINANCIERA

Le enviaremos una factura asu portador de seguro unicamente como una cortesia a usted. Usted es responsable de la cuenta entera cuando los servicios se rinden. Requerimos que arreglos para el pago de la porcion que le corresponde sea hecha hoy. Si su portador del seguro no remite el pago dentro de 45 días, usted se tendra que ser responsible por el balance. En caso que su compañía de seguro solicite un reembolso de pagos hechos, usted será responsable de la cantidad de dinero reembolsado a su compañía del seguro. En caso de que su compañía establesca una lista de honorarios fijos, usted será responsable por la diferencia.

Si cualquier pago es hecho directamente a usted para servicios facturados por nosotros, usted tendra la obligación de remitir inmediatamente el pago a COAST PT

Lo mencionado no aplica a pacientes que son considerados Trabajadores de la Compensación. Sin embargo, queda informado que si usted reclama beneficios de Worker's compensation y le niegan tales beneficios, usted puede ser considerado responsible de la cantidad total de los cargos rendidos a usted.

Entiendo y estoy de acuerdo que si fallo de hacer cualquiera de los pagos de los cuales yo soy responsable de una manera puntual, seré responsable de reunir todo el dinero que se deba, incluyendo costos de tribunal, los honorarios de la agencia de colección y honorarios de abogado.

El informacion mencionada se me leído y explicado. ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD PARA EL PAGO DE MI CUENTA.

_____ _____
El paciente/guardián/el Partido responsable La fecha

_____ _____
El Representante central/Testigo La fecha

COAST
PHYSICAL THERAPY SPECIALISTS

NOTIFICACION de RESPONSABILIDAD del PACIENTE para CO PAGOS Y DEDUCIBLES

Su póliza de seguros requiere el pago de co pagos y cantidades deducibles al tiempo de brindarle los servicios. Su compañía de seguro requiere también a COAST PT colectar su co pago o la cantidad de deducible o podríamos resultar con una infracción de nuestro contrato con su compañía de seguro y el riesgo de no ser reembolsado por su tratamiento.

COAST PT ha verificado su cobertura. Basado en la información que se nos proporciono, la cantidad ESTIMADA de la cual usted es responsable es:

Cantidad del co-pago _____/por visita

La Cantidad de ducible _____

NOTA: La información es un ESTIMADO que se proporciona como cortesía a nuestros pacientes, pero no es para liberarlos de responsabilidad total del saldo de su cuenta. El estimado es generalmente un aproximado y cualquier balance será facturado a usted después de haber recibido informacion de su compañía de seguro.

Somos requeridos reunir la cantidad mencionada antes del comienzo de cada sesión del tratamiento. Nuestro personal de la Oficina puede aceptar el pago con una tarjeta de crédito, cheque o efectivo . Como cortesía nosotros facturaremos su compañía de seguro por la porción de la cuenta que le corresponde.

Usted puede recibir reportes durante y después de su tratamiento. Esto lo deberá mantener informadó de la cantidad facturada y recibida de su compañía de seguro, así como también pagos recibidos de su parte. Debido al tiempo que se lleva el proceso de sus pagos, algunos reportes no reflejaran todos pagos hechos por usted a la fecha. En estos casos, las reportes subsiguientes reflejarán esos pagos.

Si usted tiene cualquier pregunta o duda acerca de su factura, avise por favor a la Oficina del Negocio de Corpus Christi al (877)227-0356.

Verifique por favor que usted entiende su responsabilidad financiera firmando y poniendo la fecha en la forma, si lo podemos ayudar de cualquier otra manera avisenos.

* Los pacientes que no cancelan 24 horas en el avance (inclusive ausentes) son todavia responsables de su co-pago.

Gracias.

_____
El Nombre (imprimió) del paciente La fecha

_____
La Firmadel paciente La fecha

_____
El Representante DE. COAST PT La fecha

COAST
PHYSICAL THERAPY SPECIALISTS

Medical History

Existing or Relevant Previous Conditions

Allergies	◯ Yes ◯ No	Dizzy Spells	◯ Yes ◯ No	MRSA	◯ Yes ◯ No
Anemia	◯ Yes ◯ No	Emphysema/Bronchitis	◯ Yes ◯ No	Multiple Sclerosis	◯ Yes ◯ No
Anxiety	◯ Yes ◯ No	Fibromyalgia	◯ Yes ◯ No	Muscular Disease	◯ Yes ◯ No
Arthritis	◯ Yes ◯ No	Fractures	◯ Yes ◯ No	Osteoporosis	◯ Yes ◯ No
Asthma	◯ Yes ◯ No	Gallbladder Problems	◯ Yes ◯ No	Parkinsons	◯ Yes ◯ No
Autoimmune Disorder	◯ Yes ◯ No	Headaches	◯ Yes ◯ No	Rheumatoid Arthritis	◯ Yes ◯ No
Cancer	◯ Yes ◯ No	Hearing Impairment	◯ Yes ◯ No	Seizures	◯ Yes ◯ No
Cardiac Conditions	◯ Yes ◯ No	Hepatitis	◯ Yes ◯ No	Smoking	◯ Yes ◯ No
Cardiac Pacemaker	◯ Yes ◯ No	High/Low blood pressure	◯ Yes ◯ No	Speech Problems	◯ Yes ◯ No
Chemical Dependency	◯ Yes ◯ No	High Cholesterol	◯ Yes ◯ No	Strokes	◯ Yes ◯ No
Circulation Problems	◯ Yes ◯ No	HIV/AIDS	◯ Yes ◯ No	Thyroid Disease	◯ Yes ◯ No
Currently Pregnant	◯ Yes ◯ No	Incontinence	◯ Yes ◯ No	Tuberculosis	◯ Yes ◯ No
Depression	◯ Yes ◯ No	Kidney Problems	◯ Yes ◯ No	Vision Problems	◯ Yes ◯ No
Diabetes	◯ Yes ◯ No	Metal Implants	◯ Yes ◯ No		

Describe any other conditions

If "Yes" to Any of the above, please explain and give approximate dates/Describe any other Conditions

Fall History

☐ Injury as a result of a fall in the past year?
☐ Two or more falls in the last year?

Height: _____

Weight: _____

Surgical History

Body Region: _____ Surgery Type: _____ Date: _____, _____, _____

Body Region: _____ Surgery Type: _____ Date: _____, _____, _____

Body Region: _____ Surgery Type: _____ Date: _____, _____, _____

Body Region: _____ Surgery Type: _____ Date: _____, _____, _____

Current Medications

Drug: _____ Dosage: _____ Frequency: _____ Route: _____ Reason Taking: _____

Drug: _____ Dosage: _____ Frequency: _____ Route: _____ Reason Taking: _____

Drug: _____ Dosage: _____ Frequency: _____ Route: _____ Reason Taking: _____

Drug: _____ Dosage: _____ Frequency: _____ Route: _____ Reason Taking: _____

☐ Currently not taking any medications