



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

HISTORIAL DEL PACIENTE

Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre: _____ **Altura:** _____ **Peso:** _____

Dirección: _____

Casa: _____ **Teléfono móvil:** _____ **Trabajo:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **N.º Seguro Social:** _____ **Correo electrónico:** _____

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto, correos electrónicos y / o recordatorios telefónicos y entiendo que tengo derecho a optar por no recibir las comunicaciones autorizadas de CORA, así como el intercambio de información a terceros con respecto a mi información para el ejercicio en casa y los servicios de programación. Presto mi consentimiento para recibir mensaje de texto, correo electrónico y/o recordatorios de teléfono y comprendo que puedo excluirme en cualquier momento.

¿Cómo se enteró de CORA? Yo mismo Amigo/Familia Médico Empleador Evento Google Sitio web Facebook Otros

Nombre/Cargo de la persona que lo derivó: _____ **Teléfono:** _____

Médico de atención primaria: _____ **Teléfono:** _____

Contacto de emergencia/Relación: _____

Casa: _____ **Teléfono móvil:** _____ **Trabajo:** _____

HISTORIAL MÉDICO ¿Ha tenido o tiene alguna de las siguientes afecciones o enfermedades médicas? Marque con un círculo SÍ (S) o NO (N)

Problemas cardíacos	S	N	Embarazada	S	N	Fuma/Productos de tabaco	S	N	Convulsiones	S	N
Hipertensión	S	N	Diabetes	S	N	Asma	S	N	VIH/SIDA	S	N
Marcapasos	S	N	Cáncer	S	N	Osteoporosis	S	N	Apoplejía o derrame cerebrovascular	S	N

Indique todos los medicamentos actuales e incluya cantidad y frecuencia (es decir: Darvocet, 100 mg, cada 6 horas):

Tiene alguna alergia? *Si la respuesta es afirmativa, haga una lista.*

Describe su principal reclamo o dolor físico y (es decir: dolor de espalda): ¿Cuándo/Cómo sucedió (cuando levanté una caja en el trabajo hace dos semanas):

¿Ha tenido alguna terapia previa para este problema/lesión? Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿fue útil? Sí No

¿Qué otras lesiones o cirugías ha tenido en los últimos cinco años?

INFORMACIÓN DE TRABAJO ¿Lesión relacionada con un accidente de trabajo? Sí No *Si la respuesta es afirmativa, complete esta sección.*

Nombre del empleador: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

¿Cuál es su trabajo regular?

Estado de trabajo actual (marque con un círculo): Tiempo completo/ Regular Tiempo parcial/Regular Tiempo completo/Modificado
Tiempo parcial/Modificado No trabaja Desempleado Jubilado

INFORMACIÓN DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL ¿Lesión relacionada con un accidente de Automóvil? Sí No *Si la respuesta es afirmativa, complete esta sección.*

Información de Compañía de Seguro de automóvil:

Nombre del Abogado Letrado: _____ **Teléfono:** _____

¿Tiene una carta de reclamo de su portador de auto compañía? Sí No **¿Puede**

brindarnos una copia? Sí No **Compañía de seguro de salud:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre del principal asegurado: _____ **Número de ID o identificación:** _____

Un aviso de 24 horas previas de todas las cancelaciones es obligatorio y valorado, a fin de que el horario de citas pueda usarse para otros con necesidad de terapia. Si dos citas programadas se omiten sin una causa razonable y justa, CORA se reserva el derecho de avisar al consultorio del médico al que se deriva y/o al gerente del caso y a la compañía aseguradora.

Firma del paciente: _____



Acuse de recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad y Autorización de Exención

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Terapia Física de CORA. La Notificación de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede ocurrir en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención de salud de Terapia Física de CORA. La Notificación de Prácticas de mis derechos y los deberes de la Terapia Física de CORA en relación con mi información de salud protegida. La Notificación de Prácticas de Privacidad está también publicada en el área De Mesa de Entradas y en el sitio en Internet de Terapia Física de CORA en www.corahealth.com.

La Terapia Física de CORA se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad que se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener una Notificación de Prácticas de Privacidad revisada al llamar al consultorio y solicitar que me envíen una copia revisada por correo, solicitando una al momento de mi próximo turno o al acceder al sitio en Internet de Terapia Física de CORA.

Al firmar este Formulario de Autorización, comprendo que estoy brindando mi autorización a los tutores del registro médico designado de Terapia Física de CORA, a los tutores de la base de datos, al personal de la oficina de cobros y facturación central para usar y/o divulgar mi información de salud protegida (PHI), conforme se describe en más detalle en los párrafos a continuación, a las siguientes personas u organizaciones:

Nombre de la persona u organización _____
Dirección Postal: _____
Ciudad, Estado y Código postal: _____
Número de teléfono: _____
Número de Fax: _____
Relación con paciente: _____

Si esta autorización es por un motivo diferente a la divulgación de registros médicos por motivos personales, indique el objetivo de esta autorización para divulgar la PHI a continuación:

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al avisar a la Terapia Física de CORA por escrito a la Atención del Gerente de Cobranzas, 1110 Shawnee Road, Lima, OH, 45805 sobre mi intención de revocar esta autorización. No obstante, también comprendo que dicha revocación no tendrá efecto alguno sobre cualquier información usada o divulgada por la Terapia Física de CORA antes de que la Terapia Física de CORA reciba mi notificación escrita de revocación. A menos que se revoque anteriormente, esta autorización vencerá en el día 180 de la firma (o conforme se especifique en contrario _____).

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Por la presente brindo mi consentimiento a la instalación y/o médicos del tratamiento y a sus agentes para divulgar todos los registros, incluso vía transmisión electrónica, preparados en el curso de mi tratamiento, a la entidad que brinde asistencia financiera para mi atención de salud, incluso, entre otras, aseguradoras y sus agentes, empleadores autoasegurados, o agencias de bienestar público. Por la presente certifico que la información presentada por mí al solicitar el pago conforme el Título XVII de la ley de seguro social es correcta. Autorizo al titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración de Seguro Social y/o al programa de Medicare o sus intermediarios y portadores, o a las organizaciones de revisión de normas profesionales cualquier información necesaria para este o para un reclamo relacionado de Medicare. Comprendo que al firmar este formulario, los registros de índole confidencial, como los Números de Seguro Social y aquellos para prueba de VIH, SIDA o de afección relacionada al SIDA, problemas psiquiátricos o abuso de sustancias, serán divulgados a las entidades que proveen asistencia financiera para mi atención de salud. Esta exención incluye los datos de divulgación a las entidades locales, estatales, federales u otras para fines operativos de rutina de cumplimiento regulatorio, legal o contractual, acreditación, revisión de pares, mejora de calidad, continuidad de atención o apelaciones de procesamiento para rechazos de reclamos. Asimismo, comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin revocación y que vencerá un año desde esta fecha, o si se admite, a un año desde la fecha del alta. Acepto haber recibido y haber tenido la oportunidad de revisar la Información de la Instalación en relación con los derechos y las responsabilidades del paciente. Por la presente autorizo a la Terapia Física de CORA a proporcionarme atención y tratamiento bajo la instrucción de mi médico o conforme lo permita de acuerdo con las disposiciones de acceso directo de mi estado.

Firma del Paciente o Representante

Nombre del Paciente o Representante

Fecha

Testigo



RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Comprendo que mi contrato de seguro es entre mí, mi empleador (si corresponde) y la aseguradora y la Terapia Física de CORA (CORA) no forma parte de ese contrato. Comprendo que, como asunto del proceso, CORA se comunicará con mi aseguradora (incluso Medicare) para verificar mis beneficios y los servicios cubiertos bajo mi contrato de seguro. Acepto que la provisión de un seguro exacto y otra información son clave para determinar mi elegibilidad bajo mi contrato de seguro. Comprendo que CORA está verificando beneficios como cortesía y que, por último, es mi responsabilidad comprender lo que está cubierto y lo que es obligatorio bajo mi política.

Comprendo que CORA facturará a mi aseguradora (incluso Medicare) por los servicios prestados ante la verificación de cobertura de mi aseguradora. **Comprendo que la verificación de los beneficios no es una garantía de pago y mi responsabilidad financiera está sujeta a cambios.** Si mi aseguradora no presenta el pago por los servicios prestados, por la presente garantizo el pago en forma personal por los servicios y la atención médica prestada. Si mi aseguradora no remite pagos, incluso si se me niegan beneficios bajo la compensación de trabajadores, comprendo que seré responsable del saldo adeudado en su totalidad.

Comprendo que soy responsable del pago de mis copagos, coseguros (incluso, coseguros de Medicare) y los deducibles al momento de servicio que acepto pueden ser un estimado en ese momento. Asimismo, comprendo que las leyes federales y estatales y los contratos de aseguradoras evitan que CORA ajuste, desgrave o renuncie a copagos, coseguros (incluso coseguros de Medicare) y deducibles. Asimismo, comprendo que soy responsable de todo saldo adeudado después del pago por mi aseguradora.

Conforme la cesión de beneficios en el presente, solicito que mi aseguradora realice el pago directamente a CORA por todos los servicios prestados por esta instalación. Si mi póliza actual prohíbe el pago directo a CORA, por la presente instruyo y dirijo a mi aseguradora a realizar la salida en mi nombre pero envío el cheque a: Terapia Física de CORA (CORA Physical Therapy), 1110 Shawnee Road, Lima, OH 45805. Si mi aseguradora me realiza pagos, acuerdo pagarlos de inmediato sobre estos fondos a CORA. Asimismo autorizo a CORA a depositar un cheque recibido en mi cuenta cuando se realiza a mi nombre.

Comprendo y acuerdo que si no cumplo con esos pagos para los cuales soy responsable de manera oportuna, seré responsable de todos los costos de cobrar dineros adeudados, incluso los costos del tribunal, los honorarios de la agencia de cobranzas y los honorarios del abogado.

CESIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el que suscribe, por la presente cedo a CORA Physical Therapy (en adelante "Cesionario") y cualquiera y todos los derechos, reclamos, beneficios, y causas de acción por beneficios de protección de lesión personal y beneficios de pago médico disponibles conforme la política que abarca la cobertura para cualquiera y todos los tratamientos, servicios y reclamos médicos que se deriven de un accidente de automóvil ocurrido en _____. Esto es para actuar como una cesión de mis derechos y beneficios en la medida de los servicios proporcionados al Cesionario. En caso de no tener cobertura de seguro, comprendo que permanezco personalmente responsable del pago de servicios prestados incluso todos los costos de cobro, incluso los costos y los honorarios del abogado.

CESIÓN DE CAUSA DE ACCIÓN

Por la presente cedo por medio de este documento todos los derechos y las causas de acción de agravio en contrato y en las leyes del estado donde estoy siendo tratado contra el asegurador de protección de lesión personal, si existe por su incumplimiento en el pago de los servicios prestados por el Cesionario en relación con mi accidente que ocurrió en

____ / ____ / ____.

Llame a nuestra Oficina de Cobranzas si tiene preguntas sobre su cuenta o si no puede pagar su saldo por completo, podrán analizar con usted los acuerdos de pago. El número de teléfono es (866)-493-9410.

VERIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Su aseguradora de salud principal ha verificado que tiene un \$ _____ de deducible anual de los cuales \$ _____ se han cumplido. Después de cumplir con su deducible, su aseguradora **estima** sus beneficios terapéuticos cubiertos en un _____ %.

Tiene una responsabilidad **estimada** de \$ _____ o _____ % adeudada en cada visita.

Su aseguradora nos avisó de que su póliza tiene las siguientes restricciones:

Nombre en letra imprenta del Paciente

Nombre impreso del Tutor (si corresponde)

Relación con el Paciente (si corresponde)



Firma del Paciente/Tutor

Testigo



SOLO PACIENTES DE MEDICARE Calificación de Terapia Ambulatoria de Medicare

A fin de determinar su elegibilidad para los servicios de terapia ambulatoria, responda las siguientes preguntas:

Es un Representante de Salud en el Hogar, Enfermera, Asistente, Terapeuta o cualquiera que no sea un familiar el que ayuda actualmente en su hogar con:

- Terapias físicas, ocupacionales o del habla: Sí No
- Cuidado de la herida: Sí No
- Inyecciones o medicamentos: Sí No
- Baño o cuidado personal: Sí No
- Atención intravenosa: Sí No
- Cualquier servicio no indicado anteriormente: Sí No

Es un Representante de Salud en el Hogar, Enfermera, Asistente, Terapeuta o cualquiera que no sea un familiar el que ayuda actualmente en su hogar con servicios en los últimos 30 días: Sí No

Si respondió “SÍ” a cualquiera de las preguntas antes indicadas, puede QUIZÁ NO SER elegible para los servicios de terapia ambulatoria conforme se determinan por los lineamientos de Medicare. Para poder calificar para nuestros servicios, deberá recibir el alta completa de todos los servicios de atención en el hogar, los cuales son su responsabilidad. Una copia del formulario ABN de Medicare se le brinda para leer y firmar. Comprende que si los reclamos se niegan, usted es el responsable de estos gastos.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

A ser completado por la Mesa de Entrada

¿Se comunicó con CBO para verificar que el paciente no estaba cubierto por la salud en el hogar?

Sí No **adjuntar correo electrónico Fecha de alta _____

Formulario ABN: Sí No

Firma del empleado que verifica el alta