

## Nuevo Información del Paciente

*Por favor, escribe de manera legible:*

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Domincilio \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Mejor Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Padre/Guardián (*si menor de 18*) \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Médico de Referencia \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Como se entero de AZOPT? \_\_\_\_\_

AZOPT prefiere conservar su negocio "en la familia" cuando sea posible. Está involucrado en un negocio que podría desarrollar una relación con AZOPT (por ejemplo, el diseño gráfico, equipos de oficina, impresión, construcción, etc.)

---



---

### Contactos de Emergencia

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

### Seguro Primaria

*Es esta lesión relacionada con de un accidente automovilístico?*  SI  NO

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Numero de grupo/política: \_\_\_\_\_

Numero de Servicios al Cliente (*localizado en el de atrás de tarjeta de seguro*) \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Numero de grupo/política: \_\_\_\_\_

Numero de Servicios al Cliente (*localizado en el de atrás de tarjeta de seguro*) \_\_\_\_\_

*Si su lesión es relacionada al trabajo o un accidente automovilístico,  
por favor provea a nuestra oficina con los detalles de su cobertura de seguro de este incidente.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Instrucciones Generales: Indique sí o no para cada artículo. En caso afirmativo, indique su edad cuando ocurrió.

Si/No	Edad	Si/No	Edad	Si/No	Edad
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Artritis / Reuma	<input type="checkbox"/>	Asma/Sibilancias	<input type="checkbox"/>	Problemas Emocionales
<input type="checkbox"/>	Huesos fracturados	<input type="checkbox"/>	Neumonía/Pleuresía	<input type="checkbox"/>	Adicción a las drogas or alcohol
<input type="checkbox"/>	Articulaciones dislocadas	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Neuritis o nervios compresados
<input type="checkbox"/>	Articulaciones rígidas/dolorosas	<input type="checkbox"/>	Tos Cronica	<input type="checkbox"/>	Polio o parálisis
<input type="checkbox"/>	Problema en codos/hombros	<input type="checkbox"/>	Flema o escupir sangre	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal or calculos
<input type="checkbox"/>	Problema de rodilla	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de sangre o anemia
<input type="checkbox"/>	Problema en pie(s)	<input type="checkbox"/>	Hinchazon de los tobillos	<input type="checkbox"/>	Cancer, tumores o crecimientos
<input type="checkbox"/>	Lesiones de cabeza, cuello o columna vertebral	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho o presión	<input type="checkbox"/>	Ictericia o hepatitis
<input type="checkbox"/>	Problema de espalda	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumatica o escarlatina	<input type="checkbox"/>	Problemas de vista or danos
<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón o soplo	<input type="checkbox"/>	Alta Presion	<input type="checkbox"/>	Hernias (roto)
<input type="checkbox"/>	Epilepsia, ataques o convulsiones	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes or severos
<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA

Instrucciones Generales: Tache sí o no en la columna apropiada para los siguientes elementos. En case afirmativo, por favor explique:

Si No

- Ha tenido algún efecto adverso grave de las actividades que ha hecho?  
\_\_\_\_\_
- Ha tenido que ser limitada/o o restringida/p por razón de su estado de salud de su actividad?  
\_\_\_\_\_
- Tiene algún tipo de alergia o reacciones alérgicas anteriores?  
\_\_\_\_\_
- Tiene alguna condición, que puede requerir límites a sus actividades diarias?  
\_\_\_\_\_
- Alguna vez ha tenido una lesión o dolencia en el cuello y / o espalda?  
\_\_\_\_\_
- Alguna vez ha tenido una lesión u operación a cualquiera de rodilla o el hombro?  
\_\_\_\_\_

Fuma cigarrillos (de hace un mes)?  SI  NO

Cuantos años ha fumado (fumastes) cigarrillos? \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier y todos los medicamentos que esté tomando: \_\_\_\_\_

**Mujeres:** Esta embarazada?  SI  NO

Yo, \_\_\_\_\_ (FDN: \_\_\_\_\_) por este medio, solicito y consentimiento para la realización de la terapia, incluyendo examen y diagnóstico, en mí por Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC y otros terapeutas físicas y los terapeutas de ocupación en virtud de Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC supervisión. Estoy de acuerdo con el plan de tratamiento y la intención de este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso del tratamiento para mi condición actual y de las condiciones futuras en cual yo busco tratamiento.

Firma de Paciente/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Terapeuta (revisado por) \_\_\_\_\_

## Políticas Financieras

*Por favor inicialé cada sección y firme abajo:*

AZOPT se compromete a proporcionar el mejor cuidado posible, y por lo tanto, su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, pregunte si tiene alguna pregunta acerca de nuestros honorarios, política financiera, o su responsabilidad financiera.

AZOPT solicitará una copia del anverso y el reverso de su tarjeta de identificación y licencia de conducir seguros. Por favor, actualice su tarjeta y cualquier información adicional que su compañía de seguros ofrece, lo que facilitará la presentación de reclamaciones en su nombre. **Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su política. Facturaremos su compañía de seguros en su nombre como una cortesía**

Iniciales	<p><b>Copago / Coaseguro</b> Debemos recoger el designado co-pago en el momento del servicio. Negarse a cumplir con este acuerdo puede resultar en la terminación de su cobertura. AZOPT calculará una co-pago estimado o co-seguro basado en su póliza de seguro. Esta cantidad será debido en el momento de cada cita.</p>
Iniciales	<p><b>Citas Incumplidas</b> Pacientes que falten una cita, o llaman a cancelar con menos de 24 horas de aviso han afectado a otros pacientes capacidad de obtener atención médica oportuna. Por lo tanto, sujeto al contrato de seguro individual pacientes, <b>nos reservamos el derecho a cobrar una multa de \$ 50.00 para incumplimientos o citas canceladas el mismo día.</b></p>
Iniciales	<p><b>Cheques Devueltos</b> Si un cheque se utiliza como forma de pago, y que cheque es devuelto por falta de fondos o el pago se ha detenido, se le cobrará una <b>multa de \$ 25.00</b>, además de la cantidad del cheque.</p>
Iniciales	<p><b>Seguro</b> Con gusto aceptamos el pago de facturas y de su plan de seguro médico. Las cantidades no cubierto por su compañía de seguros son su responsabilidad.</p>
Iniciales	<p><b>Pagos</b> Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su compañía de seguros. Todos los co-pagos y deducibles son debidos en el momento de servicio. Para su comodidad, aceptamos todas las tarjetas de crédito, cheques, órdenes de pago y en efectivo.</p>

### Paciente o Fiador

He leído y comprendido lo arriba mencionado. Por la presente autorizo a Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC para presentar reclamaciones a mi compañía de seguros. Por la presente autorizo el pago directo de las prestaciones, de otro modo pagadero a mí, que a nombre de Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC. Yo entiendo que seré responsable por el pago de las cantidades no cubiertas por mi compañía de seguros, incluyendo, pero no limitado a, los copagos y deducibles.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Responsabilidad Financiera del Paciente**

Gracias por elegir Arizona Orthopedic Physical Therapy & Kids Place (AzOPT) para su atención médica. Apreciamos que nos haya confiado su atención médica y estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible como paciente. La siguiente información describe nuestras expectativas sobre su responsabilidad financiera en nuestro consultorio.

### **Responsabilidades Financieras del Paciente**

- Es mi responsabilidad conocer mis propios beneficios de seguro, incluso si AzOPT es un proveedor contratado con mi compañía de seguros, mis beneficios cubiertos y cualquier exclusión en mi póliza de seguro y cualquier requisito de autorización previa de mi compañía de seguros.
- AzOPT & Kids Place intentará confirmar mi cobertura de seguro antes de mi tratamiento. Es mi responsabilidad proporcionar información actual y precisa de seguro, incluido las actualizaciones o cambios en su cobertura. Soy financieramente responsable si no proporciono esta información.
- Es posible que se proporcionen cargos estimados en el momento o antes del servicio, pero entiendo que esto es simplemente un estimado, basado en la información disponible en este momento. El monto real que se me cobrará por los servicios prestados puede diferir de la estimación de los cargos por una variedad de razones, que incluyen, entre otros, tratamientos, suministros o servicios adicionales no cubiertos en la estimación.
- AzOPT facturará primero a mi compañía de seguros, menos cualquier copago(s) o deducible(s), y luego me facturará a mí cualquier cantidad que se determine que es mi responsabilidad, de acuerdo con mi póliza de seguro. Este proceso generalmente demora entre 45 y 60 días desde el momento en que la compañía de seguros recibe el reclamo. Una Explicación Detallada de los Beneficios (EOB) está disponible en la compañía de seguros cuando se finaliza el reclamo.
- Si mi contrato de seguro contiene una disposición de Coordinación de Beneficios (COB), es mi responsabilidad comunicarme con mi plan de seguro y actualizar la información necesaria. Soy consciente de que si esto no se hace, soy responsable de las visitas no pagadas por el seguro.
- Si no tengo seguro, acepto pagar los servicios prestados en el momento del servicio. Si no puedo pagar la totalidad de los servicios médicos prestados en el momento del servicio, haré un plan de pago u otro arreglo de pago con la clínica.
- Los pagos de copagos y/o deducibles vencen en el momento del servicio.
- AzOPT & Kids Place le preguntará hacer una copia de mi identificación y tarjetas de seguro para sus registros.
- AzOPT & Kids Place acepta cualquier forma de pago — en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
- En el caso de que nos perdimos el cobro de un pago, las cuentas deben liquidarse antes de la próxima cita, o se pueden cancelar futuras citas programadas.

### **Paciente o Garante**

He leído y entendido lo de arriba. Entiendo que seré responsable del pago de cualquier monto no cubierto por mi compañía de seguros, incluidos, entre otros, copagos y deducibles.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Autorización para la Liberación de los Registros Médicos

Por la presente autorizo a Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC para liberar el registro médico (s) de:

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Con el propósito de continuar el tratamiento y la facturación / re-asignación de beneficios, esto permite AZOPT facturar en su nombre, y para el pago que se enviará directamente a AZOPT, a:

Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC  
14557 W. Indian School Rd. #500  
Goodyear, AZ 85395  
Phone: 623-242-6908  
Fax: 623-242-6909

Firma de Paciente o Guardián: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Aviso de Prácticas de Privacidad

Su nombre y firma abajo indica que ha recibido una copia de y / o ha estado dirigida a la Notificación de Prácticas de Privacidad de Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC, en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta relacionada con la información contenida en el aviso de privacidad de AZOPT, por favor no dude en preguntar a un representante de AZOPT.

Firma de Paciente o Guardián: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Consentimiento de Fotos

Me gustaría extender el permiso de Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC (AZOPT) para usar mi:

- |                       |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Nombre              | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Testimonial         | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Imagen / Fotografía | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

en las publicaciones y anuncios producidos por o para AZOPT. Entiendo que estas publicaciones también serán colocados en sitios web gestionados por AZOPT para las relaciones públicas y con fines publicitarios. Tengo entendido que la publicación puede aparecer en el Internet, la publicación puede aparecer en la impresión, o medios electrónicos de video, y la publicación puede permitir a los lectores a identificar me. Yo entiendo que este consentimiento es válido hasta que notificar por escrito que indique lo contrario.

Firma de Paciente o Guardián: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_