

Nueva Información del Paciente

Por favor, escribe de manera legible:

Nombre de Paciente _____ Género: M F

Domincilio _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____

Mejor Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Padre(s)/Guardián(s): _____

Médico de Atención Primaria _____ Número _____

Médico de Referencia _____ Número _____

Coordinador de apoyo: _____ Número _____

Como se entero de Kids Place? _____

AZOPT Kids Place 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: _____ Número: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____ Número: _____

Seguro Primario

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

Nombre del Seguro: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____

ID#: _____ Número de grupo/póliza: _____

Número de Servicios al Cliente (*localizado en el de atrás de tarjeta de seguro*) _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____

ID#: _____ Número de grupo/póliza: _____

Número de Servicios al Cliente (*localizado en el de atrás de tarjeta de seguro*) _____

Historia de Desarrollo del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Motivo de la remisión: _____

Diagnosticos: _____

Preocupación(es) principal(es) de los padres/cuidador: _____

Historia del nacimiento

Peso: _____ Longitud: _____

Hijo/a nació prematuro? Si No *en caso afirmativo, qué semana nació su hijo/a?* _____

Parto

<input type="checkbox"/> Espontáneo	<input type="checkbox"/> Parto Podálico (<i>nalgas</i>)	<input type="checkbox"/> Cordón umbilical alrededor del cuello
<input type="checkbox"/> Inducido	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hemorragia
<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Bebe fue lastimado durante nacimiento?	

Explique: _____

Positivo por sustancias?

Indique cuales: _____

Después del Parto

<input type="checkbox"/> Ictericia (<i>coloración amarillento de la piel</i>)	<input type="checkbox"/> Cianosis (<i>coloración azulada</i>)
<input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo	<input type="checkbox"/> Infección: _____
<input type="checkbox"/> Sangrado Cerebral	<input type="checkbox"/> Otras Complicaciones: _____

Días en el hospital después del nacimiento? _____

Desarrollo Temprano

Quando empezó su hija/o a: (*anote los que aplican*)

Sentarse Solo/a: _____ Gatear: _____

Caminar Solo/a: _____ Primeras palabras: _____

Ir al baño Solo/a: _____ Vestirse solo/a: _____

Por favor liste todas las cirugías relevantes: _____

Misceláneo

Terapias anteriores (por favor marque todos los que apliquen): OT PT Habla Alimentación Visión

Recibe su hijo servicios de terapia en la escuela? Si No

En caso afirmativo, cuales servicios? _____ *Nombre de Escuela* _____

Medicamentos: Por favor liste cualquier y todos los medicamentos que su hijo está tomando: _____

Pólizas Financieras

Por favor inicialé cada sección y firme abajo:

AZOPT Kids Place 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 Kids Place solicitará una copia del anverso y el reverso de su tarjeta de identificación y licencia de conducir. 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**

Copago / Coaseguro

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 Kids Place calculará un co-pago estimado o co-seguro basado en su póliza de seguro. Esta cantidad será debido en el momento de cada cita.

_____ **Iniciales**

Citas Incumplidas

Pacientes que no se presentan a una cita, o llaman para cancelar con menos de 4 horas de anticipación han afectado la capacidad de otros pacientes para obtener atención médica oportuna. Por lo tanto, sujeto al contrato de seguro de pacientes individuales, nos reservamos el derecho de cobrar un honorario de \$150 por evaluaciones que no se presentan o canceladas el mismo día y/o citas de seguimiento con un honorario de \$75.

_____ **Iniciales**

Cheques Devueltos

Si un cheque se utiliza como forma de pago, y su cheque es devuelto por falta de fondos o el pago se ha detenido, se le cobrará una **multa de \$25.00**, además de la cantidad del cheque.

_____ **Iniciales**

Seguro

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.

La comunicación entre AZOPT Kids Place y nuestros pacientes nos ayuda a tener éxito en proporcionar la mejor atención. Por favor, háganos saber si su compañía de seguros requiere certificación previa y/o requisitos de autorización previa y / o restricciones de la política y limitaciones.

_____ **Iniciales**

Pagos

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.

Paciente o Fiador

He leído y entiendo las pólizas mencionadas arriba y 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.

Firma de Guardián: _____ Fecha: _____

Pólizas de Kids Place

Por favor, inicialé cada sección y firme abajo:

Iniciales

Polizas de Cancelaciones y Falta de Citas

Como equipo, hemos creado un plan de atención para su hijo/a para cumplir con sus necesidades de terapia. Siguiendo este plan de atención, y asistir a las sesiones programadas, es importante para alcanzar potencial completo de su hijo/a. Si no cumple con el plan de atención, su hijo/a puede ser removido de su cita programada de forma permanente. Los siguientes son ejemplos:

Su hijo/a pierde dos citas separadas sin avisar a nuestra oficina, no llamada telefónica.

Si no llama para cancelar su cita por lo menos cuatro horas antes de la hora programada se considera una falta ("no-show"). Hay excepciones para el primer paciente de la mañana. Tenemos un buzón de voz que se escuchan temprano por la mañana, así que se puede llamar después de horas o temprano en la mañana. Entendemos que emergencias ocurren y es porque permitimos que falten dos citas antes de ser dados de alta.

Su hijo cancela tres citas separadas dentro de un trimestre, sin hospitalización o una enfermedad grave.

Tenga en cuenta, una cita reprogramada dentro de la misma semana no es una cancelación.

Iniciales

Política de Descarga

Las necesidades de terapia de su hijo/a pueden cambiar durante el curso del tratamiento. Las siguientes condiciones pueden resultar que su terapeuta recomienda que su hijo/a pueda ser dado de alta de Kids Place.

Meseta en la función

Los terapeutas de Kids Place se comprometen a crear habilidades funcionales para que los niños puedan desarrollar. Metas son actualizadas cada trimestre basado en las áreas de necesidad y preocupaciones. Después de cada trimestre, hablamos sobre el progreso de las metas de su hijo/a y seguimos trabajando en las metas que no se han cumplido o se escriben metas nuevas basadas al progreso de su hijo/a. **Si un niño/a ha alcanzado una meseta y no ha progresado en 6 meses, el niño puede ser dado de alta.**

Cumpliendo todas las metas

Cuando un niño/a cumple todas sus metas establecidos, y no hay metas funcionales adicionales o objetivos que cumplir, un niño será dado de alta

Yo, _____, (Nombre de Paciente: _____) he leído y entiendo las pólizas anteriores y al presente pido y doy consentimiento para la realización de la terapia, incluyendo el examen y diagnóstico de mi hijo/a por Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC. Doy mi consentimiento para el plan de tratamiento y la intención de este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso del tratamiento para la condición actual de mi hijo/a y de las condiciones futuras en que buscamos tratamiento.

Firma de Guardián: _____ 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 & Kids Place, PLLC
 14557 W. Indian School Rd. #500
 Goodyear, AZ 85395
 Phone: 623-242-6908
 Fax: 623-242-6909

Firma de 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 Guardián: _____

Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____

Consentimiento de Fotos

Me gustaría extender el permiso de Arizona Orthopedic Physical Therapy & Kids Place, 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 identificarme. Yo entiendo que este consentimiento es válido hasta que notifique por escrito que indique lo contrario.

Firma de Guardián: _____

Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____