

South County Physical Therapy Inc.

6767 9th Avenue Port Arthur, TX 77642

Ph: (409) 985-9365 • Fax (409) 985-6315

Nombre del paciente _____ del _____
Último Primero M.I.

SS# _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: M/F Marital Estado _____

Dirección casera _____ # conveniente _____

_____ del _____
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono casero: _____ Trabajo _____ Célula _____

Dirección del email _____

Referir a médico _____

Compañía de seguros _____ Número de la política _____

Nombre en tarjeta del seguro _____ Relación al paciente _____

Fecha de lesión si se aplica ____ / ____ / ____ Estado en el cual el accidente
ocurrió _____

Lesión es: Coche Accident _____ de Related _____ del trabajo el otro (describa)

Nombre del contacto de la emergencia: _____ Teléfono _____

Relación _____

I, el infrascrito ha acordado proveer de terapia física del condado del sur la remisión y los documentos necesarios para mandar la cuenta el mi régimen de seguros o el otro partido responsable. Si elijo para ser visto sin una remisión, acuerdo aceptar la responsabilidad financiera de todas las cargas incurridas en. Entiendo y acuerdo ser responsable de todo co-pago, y balance no cubierto por mi régimen de seguros. Toda la terapia se piensa para beneficiar a nuestros pacientes; sin embargo, hay riesgos asociados a cualquier programa o procedimiento del ejercicio. Firmando abajo, usted entiende y acepta todos los riesgos asociados al tratamiento en nuestra facilidad.

X _____ Fecha _____

SÍNTOMAS PACIENTES DE LA HISTORIA/DEL DOLOR

1. ¿Dónde el dolor ahora se localiza? _____

2. ¿Usted tiene entumecimiento, zumbido, o diversas sensaciones? ¿Si es así dónde? _____

1. ¿Los siguientes sucesos de los intensifican sus síntomas? (Circunde todos que se apliquen)
 El toser Estornudo Sentada El estar parado
 El dar vuelta Posiciones que cambian Elevación Flexión
 Actividad creciente El conducir
2. ¿Los síntomas han cambiado desde inicio? (círculo) iguales Aumentado Disminuido
3. Cuando es el dolor LA MAYORÍA ¿severo? Mañana Tarde Noche
LO MENOS ¿severo? Mañana Tarde Noche
4. ¿Son los dolores de cabeza un problema? SÍ NO
5. ¿Usted ha experimentado pérdida de fuerza? SÍ NO
6. ¿En qué tipo de colchón usted duerme? Cama del agua Firme Suave Ajustable
7. ¿Su sueño es interrumpido por el dolor? SÍ NO
8. ¿Hay posición que le haga usted más cómodo o dolor libremente? _____

9. Enumere por favor CUALQUIER medicación que usted esté tomando actualmente _____

10. ¿Usted tiene a más allá del historial médico del problema actual? ¿Incluyendo cirugías, fracturas, el etc. anteriores? _____

11. ¿Usted tiene información importante a compartir con nosotros? (marcapasos, embarazo etc.) _____

12. ¿Usted ha recibido terapia física en el pasado? SÍ NO
13. ¿Cómo es su salud total? _____

14. ¿Le emplean actualmente? SÍ NO
¿Usted está trabajando actualmente? SÍ NO
¿Cuál es su ocupación? _____

15. **¿Usted está recibiendo tratamiento en el país?** (cojín de la calefacción, hielo, ejercicio casero, etc.) _____

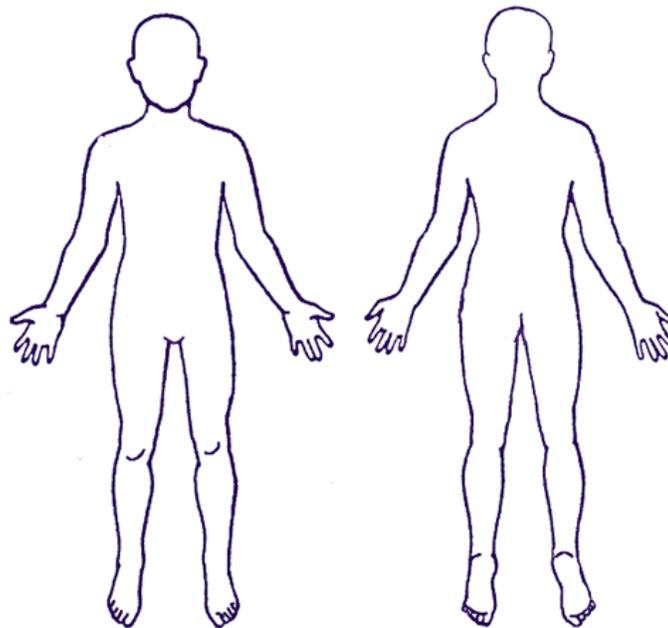
16. **¿Usted está recibiendo otro tratamiento para esta condición?** (Chiropractic, acupuntura, etc.) _____

17. **¿Qué pruebas especiales usted ha tenido?** (Radiografías, exploración del CAT, MRI, EMG, etc.) _____

18. **¿Su dolor/síntomas interfiere con su funcionamiento o actividades de la vida diaria?**
 SÍ NO

19. **¿Otra información pertinente?** _____

En el modelo abajo, marque por favor las áreas del dolor que usted está teniendo:



FRENTE

PARTE POSTERIORA

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN INTERMEDIA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y SER DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN
¡REPÁSELO POR FAVOR CUIDADOSAMENTE!!

El acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPPA) es un programa federal que requiere que todos los expedientes médicos y la otra información individualmente identificable de la salud usados o divulgados por nosotros en cualquier forma, si electrónicamente, en el papel, u oral, sean confidenciales apropiado guardado. Este acto da a le, a paciente, las nuevas derechas significativas de entender y de controlar cómo se utiliza su información de la salud. HIPPA proporciona las penas para las entidades cubiertas que emplean mal la información personal de la salud. Según los requisitos de HIPPA, hemos preparado esta explicación de cómo nos requieren mantener la aislamiento de su información de la salud y de cómo podemos utilizar y divulgar su información de la salud. Podemos utilizar y divulgar sus expedientes médicos solamente para cada uno de los propósitos siguientes: tratamiento, pago, y operaciones del cuidado médico.

- El tratamiento significa el abastecimiento, la coordinación, o servicios de manejo del cuidado médico y relacionados por unos o más abastecedores del cuidado médico.
- El pago significa las actividades tales como obteniendo el reembolso para los servicios, cobertura que confirma, las actividades de la facturación o de la colección, y revisión de la utilización. Un ejemplo de esto estaría enviando una cuenta para su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Las operaciones del cuidado médico incluyen los aspectos del negocio de funcionar nuestra práctica, tal como actividades del gravamen y de la mejora de la calidad que conducen, revisando funciones, análisis de la coste-gerencia, y servicios del cliente. Un ejemplo sería una revisión interna del gravamen de la calidad.

Podemos también crear y distribuir la información de-identificada de la salud quitando todas las referencias a la información individualmente identificable. Podemos utilizar o divulgar la información protegida de la salud para llevar el tratamiento, el pago, u operaciones del cuidado médico en las circunstancias siguientes:

- En situaciones de la emergencia.
- Si la ley nos requerimos tratarle; o
- Podemos entrarle en contacto con para proporcionar recordatorios o información de la cita sobre los alternativas del tratamiento o las ventajas y los servicios relativos a la salud que pueden interesarle.

Cualesquiera otras aplicaciones y acceso serán hechos solamente con su autorización escrita. Usted puede revocar tal autorización en la escritura y esa autorización escrita, excepto nos requerimos honrar y habitar hasta el punto de hayamos tomado ya las acciones que confiaban en su autorización. Usted tiene las derechas siguientes con respecto a su información protegida de la salud, que usted puede ejercitar presentando una petición escrita al oficial de la aislamiento.

- La derecha de solicitar restricciones en ciertos aplicaciones y accesos o la información protegida de la salud, incluyendo éstos se relacionó con los accesos con los miembros de la familia, otros parientes, los amigos cercanos, o cualquier otra persona identificada por usted. Estamos sin embargo, no requerido para convenir una restricción solicitada. Si convenimos una restricción, debemos seguir ella a menos que usted convenga en escribir para quitarla
- La derecha a las peticiones razonables de recibir comunicaciones confidenciales de la información protegida de la salud de nosotros por medios del alternativa o en las localizaciones alternativas.
- La derecha de examinar y de copiar su información protegida de la salud.
- La derecha de recibir una contabilidad de accesos de la información protegida de la salud.
- La derecha de obtener una copia de papel de este aviso de nosotros a petición.

La ley nos requerimos mantener la aislamiento de su información protegida de la salud y proveer de usted el aviso de nuestros deberes legales y prácticas de la aislamiento con respecto a la información protegida de la salud. Este aviso es eficaz en el día 14 de abril de 2003 y los términos de las prácticas de la aislamiento del aviso nos requerimos habitar actualmente en efecto. Reservamos la derecha de cambiar

los términos de nuestro aviso de las prácticas de la aislamiento de hacer las nuevas provisiones del aviso eficaces para toda la información protegida de la salud que mantengamos. Fijaremos y usted puede solicitar una copia escrita de un aviso revisado de las prácticas de la aislamiento de esta oficina. **Usted tiene recurso si usted se siente que se ha violado su aislamiento.** Usted tiene la derecha de archivar un formal, escrito queja con nosotros en la dirección abajo, o con el departamento de la salud y los servicios humanos, oficina de las derechas civiles, sobre las violaciones de las provisiones de este aviso o las políticas y los procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted, para archivar una queja.

He repasado el aviso de esta oficina de las prácticas de la aislamiento, que explica cómo mi información médica será utilizada y divulgada. Entiendo que me dan derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del representante paciente o del paciente Fecha

Nombre de la impresión del representante paciente o del paciente

Descripción de la autoridad representativa del paciente

Para más información sobre HIPPA o archivar una queja:

El departamento de los E.E.U.U. de los servicios médicos

Oficina de las derechas civiles

Avenida de la independencia 200, S.W.

Washington, C.C. 20201

(202) 619-0257

Gratis: 1-877-696-6775

Éntrenos en contacto con por favor para más información:

Oficina de la aislamiento: Tonya Culver

Nombre de la práctica: Terapia del sur de la comprobación del condado

9na avenida 6767

Arturo portuario, TX 77642

PH: (409) fax 985-9365 (409) 985-6315

Estas formas se proporcionan como un servicio a los suscriptores a HIPPA y no constituyen asesoramiento jurídico. Intentamos proporcionar la información de la calidad, pero todas las formas se deben repasar por los consejos competentes para asegurarse de que se aplican correctamente a los leyes y a las regulaciones en su locale.

SI USTED ESTÁ RECIBIENDO CUALQUIER TIPO EL
CUIDADO (muestras, etc vitales) DE UNA AGENCIA
CASERA de la SALUD INFORME POR FAVOR A LOS
E.E.U.U. ASÍ QUE PODEMOS MANDAR LA
CUENTA SU SEGURO CORRECTAMENTE. SI
USTED NO PUEDE INFORMAR LOS E.E.U.U.Y SU
SEGURO NIEGA SU DEMANDA QUE USTED SEA
RESPONSABLE DEL EQUILIBRIO ENTERO.

Fecha: _____ Paciente Signature _____

SOUTH COUNTY PHYSICAL THERAPY
AND REHABILITATION CENTER

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

Estamos confiados a proveer de usted el cuidado mejor, y estamos satisfechos discutir a nuestro profesional libremente con usted en cualquier momento. Su comprensión clara de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional.

- EL PAGO COMPLETO ES DEBIDO A LA HORA DE SERVICIO.
- ACEPTAMOS EL EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD, DESCUBRIMOS Y CUIDAMOS CRÉDITO.

SEGURO: Archivaremos su demanda de seguro como cortesía a usted. Sin embargo, si no recibimos el pago de su compañía de seguros en el plazo de 45 días de la limadura, le requerirán hacer el pago por completo. Su póliza de seguro es un contacto entre usted y su compañía de seguros. Si su póliza de seguro/compañía cambia durante el tratamiento, es su responsabilidad notificar a nuestro personal. No podemos mandar la cuenta sin TODA LA información actual. USTED es solamente responsable de su cuenta.

CARGAS DE LAS FINANZAS: Las cargas de las finanzas serán aplicadas a todas las cuentas sobre 45 días. el interés del 15% será agregado a su equilibrio debido.

PROCEDIMIENTOS DE LA COLECCIÓN: En caso que una agencia y/o un abogado de colección fueran necesarios, usted es responsable de toda la colección/cuotas legales.

CITAS FALTADAS: Entiendo que esta oficina reserva la derecha de cargar **\$35.00** para las citas no canceladas en el plazo de 24 horas de aviso. También entiendo que me considerarán un nuevo paciente si me no han visto en los tres años pasados y estaré conforme a la nueva política paciente de la oficina si decido volver. **Éste es procedimiento estándar para todas las oficinas médicas según lo dirigido por el gobierno federal.**

Ayúdenos por favor a servirle mejor guardando citas programar.

Gracias por entender nuestra política financiera. Por favor sepamos si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones.

Firma responsable del partido

Fecha

**POLÍTICA PACIENTE DE LA FACTURACIÓN Y DE LAS COLECCIONES
PARA LOS PACIENTES CON SEGURO**

1. Entrarán en contacto con a su compañía o compañías de seguros dentro de 48 horas o de su primera visita.
 - Sus ventajas, elegibilidad, cantidades deducibles, pre-certificación y co-pagan la información serán recolectadas de su específico de la compañía de seguros a su política.
2. Cualquier co-pague requerido se recoge al principio de cada visita en ese entonces usted muestra adentro para el tratamiento cada vez.
 - Le darán un recibo para cada co-pago y una copia de cada pago se pone en su carta.
 - Si usted no puede pagar la cantidad completa de su co-pague cada visita, charla al administrador de oficinas ver si usted califica para establecer un plan del pago para co-paga las cantidades debidas.
3. Como cortesía a nuestros pacientes, archivaremos sus cargas/demandas a su compañía de seguros o partido responsable en su favor. Sin embargo, si su seguro no cubre cualquier parte o todos sus tratamientos que usted será responsable de su cuenta, menos cualquier cantidad usted ha pagado ya. (Ex. \$100.00 - \$25.00 co-pagan = la deuda \$75.00)
 - Usted recibirá una declaración de SCPT después de que se haya mandado la cuenta su seguro y pagó su porción o en 30 días si el seguro no tiene ni paga.
 - Haremos cada tentativa dentro del esfuerzo razonable de recoger de su compañía de seguros. Proporcionaremos la información adicional por requerimiento por el seguro y archivaremos hasta 2 súplicas en su favor en caso de que se nieguen o se retrasen las demandas.
4. Si usted está trayendo en un menor de edad para el tratamiento, usted es el partido responsable para esa cuenta.
5. Usted es responsable de proveernos (SCPT) de la información más actual y más exacta del seguro que usted tiene. Si CUALQUIER PARTE de sus cambios de la póliza o de la información de seguro mientras que un paciente aquí en SCPT, usted es responsable de notificar al administrador de oficinas y de proporcionar la información cambiante en la escritura o de permitir que pongamos al día su archivo con una nueva copia de su tarjeta.
 - Puede ser preguntadole periódicamente si ha habido algunos cambios en su información del seguro. Esto es un esfuerzo de prevenir retrasa en el proceso de las compañías de seguros de su demanda y de reducir los dolores de cabeza para cada uno.
6. Algunas modalidades/tratamientos usados como parte estándar de la terapia física no son cubiertos por todas las compañías de seguros y se consideran muy beneficiosos a nuestra recuperación y comodidad de los pacientes. Usted acuerda ser responsable de esas modalidades o fuentes.
7. Haremos nuestra parte para hacer sus tratamientos tan rentables como sea posible.
8. Las declaraciones de la facturación serán enviadas cada 30 días.
 - También entiendo que si mi cuenta turned over para los procedimientos de las colecciones, yo será responsable de todos los honorarios adicionales incurridos en en un intento por resolver mi equilibrio excepcional.

DESEAMOS EVITAR ESTE PASO Y HAREMOS SINCERAMENTE CADA TENTATIVA DE TRABAJAR CON NUESTROS PACIENTES PARA EVITAR ESTE PASO DE LA COLECCIÓN.

Es nuestro placer servirle, si podemos estar de ayuda o si usted tiene cualesquiera preguntas con respecto a su cuenta, nos llama por favor en: (409) 985-9365

Firmando este documento usted entiende y acepta los términos de la facturación de SCPT y de la política de las colecciones

Firma paciente

Fecha



Assignment of Benefits Agreement

Our office will accept assignment of benefits from your insurance company with the following provisions. It is important to understand, though, that the contract regarding your physical therapy benefits is between you, your employer, and your insurance company. The obligation you have with our practice is to pay for treatment, regardless of the amount that may or may not be reimbursed by your insurance company. The following provisions identify our policies governing insurance claims.

- Although we are willing to fill out insurance information forms and submit a claim on your behalf, we do not accept responsibility for the outcome of the transaction. Completing insurance forms is a courtesy we extend to you in an effort to maximize your insurance reimbursement. By having our office process your insurance forms, it is important that you understand that this does not eliminate your financial obligation for your treatment.
- We require you to sign this form and/or any other necessary assignment documents that may be required by your insurance company. This instructs your insurance company to make payment directly to our office.
- We require you to make the co-payment or co-insurance, which is the amount not covered by your insurance company, at the time we provide service to you.
- Insurance payments ordinarily are received within 45 days from the time of billing. If your insurance company has not made payment to our office within 45 days, we will ask you to pay the balance due at that time. You will be responsible for seeking reimbursement from your insurance company at that time.
- Our office does not guarantee that your insurance company will pay for the treatment you receive from our practice. We perform routine insurance billing procedures upon verification of coverage. However, if your claim is denied, you will be responsible for paying the full amount at that time.
- Our office will not enter into a dispute with your insurance company over any claim, although we will provide the necessary documentation your insurance company requests to sort out any confusion or questions that may arise. We will cooperate fully with the regulations and requests of your insurance company. It is ultimately your responsibility to resolve any type of dispute over payments made or not made by your insurance company.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE TERMS AND CONDITIONS. I AUTHORIZE MY INSURANCE COMPANY TO PAY MY MEDICAL BENEFITS DIRECTLY TO THE PHYSICAL THERAPIST.

Signature of Patient/Responsible Party

Date

SOUTH COUNTY PHYSICAL THERAPY, INC.
6767 9th Ave
Port Arthur, TX 77642
Phone 409-985-9365 Fax 409-985-6315

Pain Disability Index

Name: _____

Date: _____

Pain disability index: The rating scales below are designed to measure the degree to which aspects of your life are disrupted by chronic pain. In other words, we would like to know how much your pain is preventing you from doing what you would normally do or from doing it as well as you normally would. Respond to each category by indicating the overall impact of pain in your life, not just when the pain is at its worst.

For each of the 7 categories of life activity listed, please circle the number on the scale that describes the level of disability you typically experience. A score of 0 means no disability at all, and a score of 10 signifies that all of the activities in which you would normally be involved have been totally disrupted or prevented by your pain.

Family/Home Responsibilities: This category refers to activities of the home or family. It includes chores or duties performed around the house (ex. Yard work) and errands or favors for other family members (ex. Driving the children to school).

No disability 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst disability

Recreation: This category includes hobbies, sports, and other similar leisure time activities.

No disability 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst disability

Social activity: This category refers to activities that involve participation with friends and acquaintances other than family members. It includes parties, theater, concerts, dining out, and other social functions.

No disability 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst disability

Occupation: This category refers to activities that are a part of or directly related to one's job. This includes nonpaying jobs as well, such as that of a housewife or volunteer worker.

No disability 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst disability

Self care: This category includes activities, which involve personal maintenance and independent daily living (ex. Taking a shower, driving, getting dressed, etc.)

No disability 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst disability

Life-supporting activity: This category refers to basic life-supporting behaviors such as eating, sleeping, and breathing.

No disability 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst disability

Overall Score: _____