

## Patient Information Form

Paciente: \_\_\_\_\_ Telefono de su casa: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

Nombre de compania del empleador: \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Spouse's Name: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de compania del empleador: \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo: \_\_\_\_\_

Amigo, Pariente que no vive con usted mas cerca: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

El doctor quien lo mando aqui: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Su doctor primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

A quien le hablamos en caso de emergencia?

\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

### **Informacion De Aseguransa (Solamente Para Aseguransa Personal)**

Nombre principal de aseguransa: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de asegurador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

De indentificación o polisa: \_\_\_\_\_ Seguro social # : \_\_\_\_\_

Nombre de compania del empleador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre secundario de aseguransa: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

De identificación o polisa: \_\_\_\_\_ Nombre de asegurador: \_\_\_\_\_

Nombre de asegurador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Si Este Es Compensacion De Trabajo Favor Llene Lo Siguiente/Attorney Info**

Nombre de aseguransa del adminitrador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

De caso o polisa: \_\_\_\_\_ Fecha de incidente: \_\_\_\_\_

### **Información Para Pacientes Sobre Concelacións y Ausencias**

Los siguientes son las pólizas de concelación y ausencias de MDR Terapia Física. Tomamos muy enserío se situación porque nos interesa su progreso en el tratamiento. Usualmente sus doctor y terapeuta diseñan la frecuencia de los tratamientos y las visitas. Lo uncio que tiene que aser es seguir la instrucciónes, del terapeuta y de esa manera le ayudáremos a cumplir sus metas.

- **Si usted pierde tres visitas sin ninguna notificación como se le indico, usted sera descartado del tratamiento.**

- Los documentos de cualquier cita no asistada, ya sea compensación de trabajador y lesión Personal serán enviados al doctor y a la persona encargada del caso. Esto causaría la pérdida de su reclamo.
- Por favor entienda que su dolor probablemente sube y baja durante el progreso de sus tratamientos.
  - Si se siente peor y piensa que su tratamiento no está trabajando como esperaba, por favor de todos modos venga para que nuestros terapeutas les de la propia atención.
  - Si se siente mejor y piensa que es un gran día para golf, Ahora es el tiempo perfecto para venir a informarles como no volver a lastimarse y educarse.

**Notice Of Patient Information Practices**

He leído y entendido plenamente el Informe sobre el Uso de la Información. Entiendo que MDR Physical Therapy puede usar o revelar mi información de salud personal para propósitos como llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios provistos y alguna operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y revelación de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas si requiero de intervención. También entiendo que MDR Physical Therapy considerará solicitudes de restricción caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricción.

Por este medio acepto el uso y revelación de la información de mi salud personal para los propósitos citados en el Informe de Uso de Información de MDR Physical Therapy. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificándolo por escrito en cualquier momento.

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

**Consentimiento Altratamiento**

1. Yo, y mi representante, reconocemos la necesidad del cuidado médico, y el consentimiento a todos los servicios que ordene el médico para terapia física.
2. Por lo presente autorizo MDR terapia física a facilitar información a la aseguradora, médicos, abogados sobre mi condición médica y tratamientos.
3. Por lo presente, asignamos MDR Terapia Física todos los pagos de los servicios médicos considerando a mí o mis dependientes. Entiendo que soy responsable por cualquier suma total que la aseguradora no pueda cubrir.
4. Entiendo que cualquier cancelación sin 24 horas de notificación o sin presentarse a la cita se le cobrará de \$25.00. Muchas de las compañías de aseguradora no cubren este costo.
5. **Por lo presente autorizo el uso de mi información de paciente para investigaciones científicas o de efectos y eficiencia de terapia física. Entiendo que mi nombre no será usado y mi identidad será protegida.**

Entiendo que y leído los cinco puntos y que la información provista es la correcta y la mejor a mi conocimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (Parent or Guardian, if a minor)