

Nuestra Misión de Declaración

Aquí en Medcessity nosotros creemos que: **"ÉXITO = GENTE + CARINO"**.

Nosotros queremos tener un impacto positivo en las vidas de nuestros clientes, Colega y toda la comunidad.

Nuestra prioridad es mantener **CONSIDERAD, COMPASIVO, AND AYUDA PROFESIONAL** .

Bienvenidos a **Medcessity: física, Ocupacional, y Terapia de Mano**. Nos da mucho gusto que a escogido nuestra oficina para la necesidad de su terapia. Lo siguiente nos va ayudar para ofrecerle la mejor calidad de servicio para su salud:

1. Por favor dejenos hacer una copia de su tarjeta de aseguranza y identificación. Si por cualquier cosa ay un cambio en su aseguranza durante el curso de su tratamiento, por favor notaficanos inmediatamente.
2. Si e esperado mas de diez minutos despues de su cita, por favor notifica a la recepcionista.
3. Si usted esta 15 minutos tarde para su cita, es posible que va a necesitar que cambiar su cita para otro dia
4. Si usted necesita cancelar o cambiar su cita por cualquier cosa; por favor llame al numero (562) 428-3556 y deje un mensaje con su razon de falta. El escritorio de recepcion esta abierto desde 8:30 a.m. hasta 5:30 p.m., de Lunes a Viernes. **Por favor avisenos 24 horas antes de su cita si necesita cambiar o cancelar si no usted es responsable de un cargo de \$25.00.**
5. Visitantes/ miembros de su familia son bienvenidos, pero necesitan esperar en la area de espera si la area de tratamiento no esta disponible. Niños de 14 años o menos no pueden estar en la area de tratamiento y no pueden estar solos en la area de espera sin supervision de un adulto.
6. Usted puede estar descargado/a de su terapia si usted:
 - a. Ya completo sus metas sobre su terapia .
 - b. Si no e recibido terapia de un periodo de 3-4 semanas.
 - c. Si usted cancela 2-3 citas durante dos semanas.
 - d. Si usted falta 2-3 citas consecutivas sin llamar para cancelar.
 - e. Si usted esta hospitalizado.
7. Para recomenzar su terapia, usted va a necesitar una nueva prescripcion de su doctor.
Nosotros en Medcessity queremos hacer su experiencia para su terapia unico y personal. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupacion, por favor hable con la recepcionista. Gracias una ves mas por escoger a Medcessity, donde Exito = Gente + Carino.

Iniciales: _____

The Medcessity Team



**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD**

Consiento que **Medcessity** puede utilizar, divulgar y/o solicitar la información protegida de la salud (PHI) sobre mí realizar las operaciones del tratamiento, del pago y del cuidado médico (TPHO). Referir por favor al aviso de **Medcessity** de las prácticas de la aislamiento para una descripción más completa de tales aplicaciones y accesos.

Tengo el derecho de repasar el aviso de las prácticas de la aislamiento antes de firmar este consentimiento. **Medcessity** se reserva la derecha de revisar su aviso de las prácticas de la aislamiento en cualquier momento. Un aviso revisado de las prácticas de la aislamiento se puede obtener remitiendo una petición escrita al oficial de la aislamiento de **Medcessity** en la dirección o enumerar abajo.

Consiento que **Medcessity** puede llamar, enviar a, y/o enviar por correo electrónico mi hogar o otras localizaciones señaladas en referencia a cualquier artículo que asista a la práctica en TPHO de realización, tal como recordatorios de la cita, artículos de seguro, cuentas/declaraciones y/o cualquier cosa referente a mi cuidado y cuenta clínicos, mientras los artículos escritos sean personales y confidenciales marcada.

Tengo la derecha a la petición que **Medcessity** restringe cómo utiliza o divulga mi PHI para realizar TPHO. Sin embargo, la práctica no se requiere de convenir mis restricciones pedidas, sino que si lo hace, es limitar por este acuerdo.

Firmando este impreso, estoy consintiendo al uso y al acceso de **Medcessity** de mi PHI de realizar TPHO. Puedo revocar mi consentimiento en la escritura a menos que hasta el punto de la práctica haya hecho ya accesos en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, **Medcessity** puede disminuir proveer de mí el tratamiento.

Además, consiento por este medio a los procedimientos terapéuticos prescribed que se realizarán por **Medcessity, Inc.** y sus asociados. Entiendo que ninguna garantía se puede ofrecer en cuanto a el éxito del tratamiento prescribed. Reconozco que no se ha dado ninguna garantía o garantía del éxito yo.

También consiento a **Medcessity** que toma las fotografías en caso de necesidad para los propósitos médicos y de la documentación solamente.

Convenio financiero Entiendo que no hay ninguna garantía de reembolso o pago de cualquier compañía de seguros o pagador otros. Yo reconozco la plena responsabilidad financiera, y se compromete a pagar todos los cargos de los servicios no pagados de otra manera por mi seguro de salud o pagador otros. Todos los cargos se deben pagar a la recepción de la factura. Si el pago no se efectúa dentro de 90 días después de la recepción de la factura, un cargo de delinquentes o de intereses a la tasa máxima legal puede ser agregado. Me comprometo a pagar todos los gastos legales razonables necesarios para el cobro de cualquier deuda. Reconozco y entiendo que cualquier reembolso que pueden ser debidas será aplicado primero a un saldo pendiente, y el resto se enviará a la dirección registrada.

De asignación de Pago Directo yo autorizo y que el pago de ningún seguro de salud o beneficios de otro modo pagadero a mí para los servicios de atención de la salud o los bienes se haga directamente a la Medcessity, Inc. Entiendo que soy financieramente responsable de Medcessity, Inc. para los cargos que no estén cubiertos o pagados en virtud de esta autorización.

Consiento que si me envían a las colecciones, soy consciente y estoy de acuerdo pagar un honorario de \$25.00.

Poliza de cancelacion

Las cancelaciones y las “ausencias de última hora” son no sólo desconsideradas a tu terapeuta, pero también injusto a otros pacientes que quisieron tu tiempo de la cita. Haremos nuestro mejor para trabajar con tus necesidades de concertar tus citas, así como te animamos que haga sus citas por adelantado de modo que consigas tu tiempo preferido. Sin embargo, preguntamos a cambio que nos proporcionas un aviso de la cancelación de 24 horas, para poder programar otros pacientes en tu lugar. Entendemos que las emergencias son imprevistas, pero todavía preguntamos que nos llamas en el primer aviso que no puedes atender a tu cita. Las horas de oficina son lunes el viernes 8:30am al 5:30 P.M. con el almuerzo del 12:00 P.M. al 1:00 P.M. También tenemos un contestador automático para que dejes tus mensajes en todas las horas.

La falta de proveer de nosotros tal aviso dará lugar a una carga de cancelación \$25. La mayoría de las compañías de seguros no cubren los honorarios de cancelación , satisfacen tan para observar que puedes ser completamente responsable de estas cargas.

Entiendo la poliza y la antedichas enteradas que si no puedo proporcionar el aviso de la cancelación de 24 horas, eso yo se puede cargar un último honorario de cancelación.

Paciente o *Firma de Represante*

Fecha de hoy

Relacion representative al paciente, si es aplicable

Represante de Medcessity's , como testigo

Fecha de hoy

BIENVENIDOS A Medcessity

Gracias por elegir a **Medcessity** para su rehabilitación. Nos dedicamos a ofrecerle el mejor servicio personal, profesional y compasivo. Para ayudarlo mejor **por favor llene la siguiente información completamente**. Si tiene cualquier pregunta felizmente le ayudaremos.

INFORMACION PERSONAL			
Nombre:			
Domicilio:		Ciudad	Estado CP:
Tel. de casa:		Seguro Social #:	
Tel. de Celular:		Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Edad: Fecha de
Correo Electronico:		Nacimiento:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Quien te refirio?			
CONTACTO DE EMERGENCIA:			
Nombre:			
Relacion:		Telefono:	

INFORMACION DE SEGURO MEDICO			
Nombre del Seguro:		Telefono del seguro :	
No de identificacion del plan:		No de grupo:	
<p><i>Antes de su primera visita asegurese que la información debajo sea completada</i> Su seguro medico le dara la infomacion mas actualizada llame al numero que se encuentra atras de su tarjeta de seguro</p>			
Cantidad de Copago: \$		Co-Aseguranza (%):	
Cantidad de Deducible: \$		Deducible alcanzado asta la fecha: \$	
<p><i>Si por alguna razon siente que el costo de servicio es muy alto no se preocupe quizas tendriamos planes de pagas para asisterle. No permitiremos que las finanzas interfieran con su bienestar.</i></p>			
Si autorisado por su empleador, por favor llene lo siguiente:			
Nomber Del Ajustador:		Telefono Del Ajustodar:	
Numero De Reclamo:		Direccion De Reclamos:	

Asignacion y de la autorizacion del seguro: yo por este medio autorizo a **Medcessity** para suministrar relacionado con la información a mi condición y tratamiento a los portadores de seguro; además autorizo a portador de seguro a pagar **Medcessity** directo por el cheque en la dirección enumerada abajo Certifico que la información equipada arriba está correcta en el mejor de mi conocimiento. Me asignaré todo el pago de ventaja pagado bajo mi cobertura actual como el pago hacia el total carga para los servicios profesionales hechos. Este pago no excederá mi indebtness al cesionario de aformentioned y convengo la paga, de una manera actual, cualquier equilibrio de los precios de servicios profesionales dichos superior al pago de seguro.
Enteradas que si no puedo proporcionar el aviso de la cancelación de 24 horas, eso yo se puede cargar un último honorario de cancelación (\$25).

Firma de Paciente o Representativo/a: _____ Fecha: _____
Name de Representativo/a: _____ Relacion: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Ocupación _____ Actividades relacionadas al trabajo _____

¿Está En Una Restricción De Trabajo De Su Doctor? Si No

Fecha de Herida: _____ Fecha de Cirugía: _____

¿Qué Ocurrió? _____

-Cuál es su altura? _____ pies _____ pulgadas.

-Cuál es su peso? _____ libras

-¿Es usted sensible a látex? Si No

-¿Usted fuma? Si No

-¿Tiene Marcapasos? Si No

-¿Se ha caído en los últimos 12 meses? Si No

PARA MUJERES: ¿Está actualmente embarazada o cree que podría estar embarazada?..... Si No

¿Se ha diagnosticado alguna vez/recientemente con/experimentado alguna de las condiciones siguientes?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fatiga Reciente | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Entumecimiento: <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Pies | <input type="checkbox"/> Reemplazos articulares: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/Frialdad/Sudores Reciente | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | | |
| <input type="checkbox"/> Náusea/Vómitos Reciente | <input type="checkbox"/> Mareo/Desmayos | <input type="checkbox"/> Tiroides: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicada <input type="checkbox"/> Ganancia | <input type="checkbox"/> Problemas de pulmón: <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Migrañas | |
| <input type="checkbox"/> Cambios Recientes con: <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> Tos Persistente | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad manteniendo equilibrio/andando | <input type="checkbox"/> Condición artrítica: <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> OA | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón: _____ | <input type="checkbox"/> Presión de sangre: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> ALS | |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre/problemas de la circulación | <input type="checkbox"/> Hepatitis: A, B, C (circulo) | <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Asimientos | |
| <input type="checkbox"/> ACV: Cuando? _____ | <input type="checkbox"/> Fracturas: _____ | <input type="checkbox"/> Demencia: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

Resultados de pruebas diagnósticos (Rayos-x, RM)/Fecha: _____

Cirugías Pasadas /Fecha: _____

¿Tiene una lista de Medicamentos? Si no por favor ponga una lista: _____

Alergias a Medicamento(s): _____

¿Está Usted Actualmente O Ha Tomado Medicamentos Esteroides (p.ej: Prednisone)?..... Si No

Está tomando Medicamentos Anticoagulantes (p.ej. Coumadin)? Si No

¿Tiene algún implante metálico (p.ej.: placas, tornillos, varillas, o stents)? Si No

¿Durante el mes pasado se ha sentido abajo, deprimido o desesperado?..... Si No

¿Durante el mes pasado se ha molestado, tiene poco interés o placer en hacer cosas?..... Si No

¿Es esto algo con el cual le gustaría ayuda? Si No

¿Se ha sentido inseguro en casa? Le han golpeado/tratar de herirle de algún modo?..... Si No

¿Ha tenido alguna otra Terapia Física/Ocupacional, Quiropráctico, Terapia en la casa para este año en curso?.. Si No

¿Estás yendo a otro lado para recibir terapia por este mismo problema?..... Si No

Enumere una cosa (1) que no puede hacer debido a su dolor/lesión, y usted absolutamente desea hacerlo de nuevo:

He leído e inicialo la hoja de información clínica que incluye la política de cancelación tardía Si No

Firma: _____ Fecha: _____

¿Quién está firmando? Yo Mismo Otro : _____, Relación: _____