PROactive
PHYSICAL THERAPY SPECIALISTS

Primer Nombre: _____ MI: ____ Appellido: _____

Direccion de Envio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Nacimiento: _____ Telefono Casa: _____ Celular: _____ Numero /Trabajo: _____

SSN: _____ Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Telefono del Empleador: _____

Doctor Primario: _____ Fecha ultima Visita: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono _____

Responsable Financiero Nombre, DOB, Direccion: _____

Primary Insurance: _____ Policy Holder Name: _____ Group Policy #: _____

Relationship to Patient: _____ Policy Holder ID #: _____ Date of Birth: _____

Secondary Insurance: _____ Policy Holder Name: _____ Group Policy #: _____

Relationship to Patient: _____ Policy Holder ID #: _____ Date of Birth: _____

¿Está relacionado este trabajo? Sí / No En caso afirmativo, fecha: _____

Esta relacionado con accidente de coche? Yes/No If yes, fecha : _____

Política de cancelación y no presentación: La vida sucede y lo entendemos. Para su salud y bienestar es MUY importante que asista a todas sus citas programadas. Si cancela con frecuencia su cita dentro de las 24 horas posteriores a la hora de su cita, o no se presenta a sus citas programadas, su atención puede interrumpirse. Dos citas de "no presentación" pueden resultar en el alta de la fisioterapia.

Por la presente, doy mi consentimiento para que el personal de los especialistas en terapia física proactiva y / o según lo indique mi médico remitente autorice el tratamiento para mí o el niño menor nombrado.

Entiendo que mi información de salud se utilizará para tratamiento, pago y operaciones de atención médica (consulte el Aviso de prácticas de privacidad). Al proporcionar su información de contacto, acepta recibir información, como recordatorios de citas, encuestas de pacientes y otra información relacionada con sus servicios de terapia a través de los canales de comunicación que proporcionó anteriormente. Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son seguras.

Autoricé la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos por estos servicios. Autorizo la divulgación de información clínica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Asigno los beneficios médicos pagaderos por estos servicios directamente a los especialistas en terapia física proactiva. Los saldos enviados a cobros están sujetos a un cargo de interés adicional del 9% para Oregon o del 12% para Washington, según los servicios estatales que se presten.

Entiendo que soy responsable del pago de los copagos, coseguros y deducibles aplicables en el momento del servicio. Al firmar este formulario, entiendo que soy responsable de la factura no pagada a mi compañía de seguros.

Al iniciar, confirmo que me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para especialistas en fisioterapia proactiva. Iniciales: _____

Entiendo y acepto la Declaración de política financiera, el Consentimiento para el tratamiento y el Aviso de Práctica de privacidad

Paciente/Guardian Legal : _____ **Relacion:** _____ **Fecha:** _____