



HOPE REHAB KATY

Physical Therapy, Sports Rehab, Aquatics

¡Bienvenido a Hope Rehab Katy!

Reconocemos que usted tiene una selección de proveedores de terapia física, y le agradecemos por elegir Hope Rehab Katy. La siguiente información importante le ayudará durante su curso de tratamiento con nosotros.

Su primera visita incluirá un evaluador inicial realizado por un fisioterapeuta. Por favor, use el atuendo adecuado para permitir que el terapeuta acceda a la zona que se está tratando. Usted tendrá la oportunidad de discutir sus metas y plan de cuidado con su fisioterapeuta. Su terapeuta siempre está disponible para discutir cualquier problema acerca de su condición durante el curso del tratamiento.

Antes del final de su primera visita, nuestra oficina verificará sus beneficios de seguro y le informará de los costos esperados para cada visita. Su copago debe pagarse en cada visita. Como indicamos en nuestro formulario de autorización de seguro, si la información proporcionada por su compañía de seguros no es exacta o la compañía de seguros nos paga de manera diferente a lo que nos citaron, usted será responsable del pago de estos servicios.

Una vez que su plan de care comience, tenga en cuenta lo siguiente:

1. La fisioterapia es muy eficaz en el tratamiento de muchas condiciones y la restauración de la función normal. El terapeuta ha desarrollado un plan de atención que te ayudará a alcanzar tus metas. Tu responsabilidad es trabajar con el terapeuta y hacerle saber a tu terapeuta cómo estás respondiendo al tratamiento. Ocasionalmente, el adon es normal después de las visitas iniciales de 1-2. Si usted ha aumentado el dolor o la incomodidad, transmitir esta información al terapeuta es importante para que su tratamiento o ejercicio se puede ajustar en consecuencia.
2. Cada visita es una parte importante de su plan de atención. Las citas canceladas deben ser reprogramadas para otro momento durante esa semana. Los máximos beneficios derivados de la terapia siempre se logran con la comida constante. Por lo general, el tratamiento esporádico no es eficaz.
3. Se le dará un programa de ejercicios en el hogar. Esta es una parte extremadamente importante de su recuperación y es esencial que usted cumpla con su programa de inicio. Es necesario comunicarse con el terapeuta en cuanto a cómo progresas para que puedan actualizar tus ejercicios en casa con regularidad.
4. Cuando la derivación de su médico para la terapia expira, por lo general después de 30 días, realizaremos una reevaluación. El propósito de la reevaluación es mantenerte al tanto de tu progreso, actualizar tus ejercicios y determinar la necesidad de continuar o no con la terapia. Su médico revisará la evaluación de la re-ev y determinará si es necesario continuar el tratamiento. A continuación, obtendremos una nueva referencia si la recomendación es continuar con la terapia.

El médico ha determinado que la fisioterapia es el mejor curso de acción para ayudarte a recuperar tu función. Asistir a la terapia de forma regular es la mejor manera de restaurar su función de forma rápida y eficaz y a menudo es menos costoso que otros procedimientos médicos. Nos damos cuenta de que asistir a la terapia consume mucho tiempo y es costoso. Queremos que sepa que valoramos cada sesión con usted. Trabajaremos diligentemente con usted para ver que las metas de su plan de cuidado se alcancen de manera oportuna.

¡Los ejercicios, estrategias y técnicas que aprendes en fisioterapia pueden ayudarte mucho después de interrumpir la terapia con nosotros!

Mucha suerte

Hope Rehab Katy
21938 Royal Montreal Drive Katy,
TX 77450
281-944-0001
Fax 844-671-0027

Hope Rehab Grand Parkway
2002 W. Grand Parkway N., Suite 125
Katy, TX 77449
281-710-9001
Fax 844-671-0027

www.hoperehabkaty.com

Barb Boyett – Gerente de la clinica – bboyett@hoperehabkaty.com
Chelsea Turgeon - Gerente de la clinica -
cturgeon@hoperehabkaty.com
Noel Shepard – Gerente de la oficina -
nshepard@hoperehabkaty.com
Tom Boyett – Gerente de Facturación/Colecciones – tboyett@hoperehabkaty.com



HOPE REHAB KATY

Physical Therapy, Sports Rehab, Aquatics

*****Accidente de automóvil***** Reconocimiento de Responsabilidad del Paciente

¿Te estamos tratando por una lesión debido a un accidente?

Sí, **antes de continuar, por favor hable con el personal de recepción.**

No

Cuando una compañía de seguro de salud determina que su miembro ha recibido o recibirá reembolso de otra parte (seguro de automóvil, demanda legal ,etc.) debido a un accidente, recuperará o recuperará sus pagos realizados al proveedor en nombre del proveedor ese miembro. Hope Rehab Katy no está dispuesta para facturar a su seguro médico por lesiones recibidas debido a un accidente automovilístico. Por favor, hable con el personal de recepción con respecto a las opciones de auto pagó o carta de protección.

Nombre impreso del paciente y/o tutor

Firma del paciente y/o tutor

Fecha

Reconocimiento de Responsabilidad del Paciente de servicios de salud a domicilio

¿Ha recibido algún servicio de salud en el hogar (incluyendo enfermería, auxiliar de salud en el hogar) en los últimos 6 meses?

Sí, **por favor hable con el personal de recepción.**

No

Nombre de la agencia de salud en el hogar: _____

Las regulaciones de Medicare prohíben que cualquier miembro reciba simultáneamente terapia física ambulatoria y CUALQUIER servicio de salud en el hogar.

La elegibilidad para recibir servicios de fisioterapia ambulatoria en Hope Rehab Katy depende de la documentación escrita de la agencia que incluye la fecha de alta de la agencia de salud en el hogar

En el caso de que haya sido visto por una agencia de salud en el hogar y no se averenda esta documentación, le pediremos que firme un Aviso Beneficiario Avanzado que usted es financiero responsable de estas visitas en caso de que Medicare niegue o reembolso del pago.

Nombre impreso del paciente y/o tutor

Fecha de firma del paciente y/o tutor



HOPE REHAB KATY

Physical Therapy, Sports Rehab, Aquatics

TODOS LOS COPAGOS/DEDUCIBLES/PORCENTAJES SE DEBEN PAGAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

<p align="center">ESTA CAJA, LOS PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE:</p> <p>¿Está recibiendo actualmente servicios de atención médica en el hogar? _____ Sí, por favor hable con el Personal de recepción _____ NO</p>

Fecha: _____

¿Has tenido alguna terapia en los últimos 12 meses? _____

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Está siendo referido para el tratamiento de lesiones debido a un accidente? _____

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ Tipo de accidente: _____

¿Hay algún litigio pendiente? _____

Nombre del paciente _____ Masculino / Femenino Estado civil: M S W

Fecha de nacimiento: - ____ - ____ - ____ Número de Seguro Social ----- _____

Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____ Número de teléfono de la casa: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono celular: _____

Empleador del paciente: _____

Numero de trabajo: _____ Dirección: _____ Ocupación: _____

Emergencia Contacto: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Nombre de seguro primario: _____ Directiva: _____ Grupo: _____
Número de teléfono: _____ Licencia de conducir: _____ Estado: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
Número de Seguro Social: _____ Nombre del empleador: _____

SEGUNDO SEGURO: _____ Directiva: _____ Grupo: _____

Número de teléfono del seguro: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Seguridad Social _____ - _____ - _____

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Historial del paciente de Hope Rehab Katy

Nombre: _____ Años: _____ Altura: _____ Peso: _____ Fecha: _____
Ocupación: _____ ¿Está actualmente en restricción de trabajo? _____

¿Fumas? _____ ¿Tienes marcapasos? _____ ¿Estás embarazada? (Mujeres) _____

¿Cómo supiste de nosotros? _____ Doctor _____ Amigo _____ Seguros _____ Folleto/Anuncio _____ Ubicación _____

¿Ha observado recientemente alguno de los siguientes (marque todas las que correspondan)?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> fiebre/escalofríos/sudores | <input type="checkbox"/> debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> mareos/aturdimiento | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> pérdida/ganancia de peso | <input type="checkbox"/> acidez estomacal/indigestión | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> dificultad para mantener el equilibrio mientras camina | <input type="checkbox"/> dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> cambios en la función intestinal o vesical | <input type="checkbox"/> Cae | <input type="checkbox"/> Jaquecas |

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones (marque todas las que correspondan)?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> dolor torácico/angina | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> problemas de circulación | <input type="checkbox"/> artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> otra afección artrítica | <input type="checkbox"/> problema ocular/infección |
| <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> infección de la vejiga/del tracto urinario | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> problema renal/infección | <input type="checkbox"/> problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> infección ósea o articular | <input type="checkbox"/> enfermedad de transmisión sexual/VIH | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> dependencia química (es decir, alcoholismo) | <input type="checkbox"/> enfermedad inflamatoria pélvica | <input type="checkbox"/> Neumonía |

¿Alguien de su familia inmediata (padres, hermanos, hermanas) HA sido diagnosticado alguna vez con alguna de las siguientes condiciones (marque todas las que correspondan)?

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> coágulos de sangre |

Durante el último mes, ¿te has sentido deprimido, deprimido o desesperanzado? **SI NO**

Durante el último mes, ¿te ha molestado tener poco interés o placer en hacer las cosas? **SI NO**

¿Es algo con lo que te gustaría ayuda? **SÍ, PERO NO HOY NO**

¿Alguna vez te sientes inseguro en casa o alguien te ha golpeado o intentado hacerlo de alguna manera? **SI NO**

5. ¿Te han operado? _____ Sí, _____ No Si es así, ¿qué tipo de cirugía / fechas? _____

6. Haz una lista de todos tus medicamentos y dosis. _____

¿Alguna vez ha tomado medicamentos esteroides para cualquier condición médica? **SÍ** **NO** ; **Cuándo:**

¿Alguna vez has tomado anticoagulantes o anticoagulantes para alguna condición médica? **SÍ** **NO**

7. Haz una lista de todas tus alergias. (látex, etc.)

Historial del paciente de Hope Rehab Katy

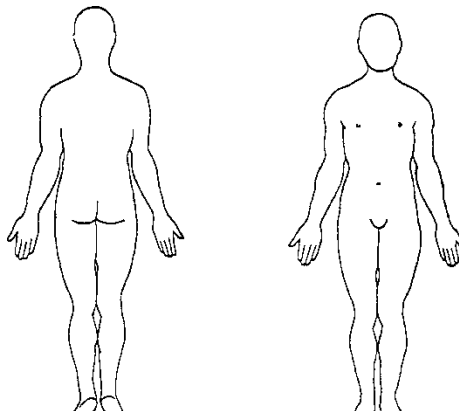
Por favor, cuéntenos más acerca de sus síntomas:

1. ¿Cómo empezaron los síntomas? _____
2. ¿Se debió a un accidente? Sí No Fecha de la lesión: _____
En caso afirmativo, ¿dónde ocurrió? Casa Trabajo Automático Otro _____
3. ¿Ha sido hospitalizado o ha sido operado por este problema? Sí No Fechas _____
4. ¿Qué otro tratamiento has tenido para estos síntomas? _____
5. Mis síntomas son actualmente: Mejorando Empeorando Manteniéndose aproximadamente el mismo
6. ¿Qué pruebas has tenido para estos síntomas (RM, radiografías)? _____
7. ¿Sus síntomas cambian? Sentado En pie Caminar Mentir
Otro: _____
8. ¿Cómo puedes dormir actualmente por la noche debido a tus síntomas?
 No hay problema en dormir Dificultad para conciliar el sueño Despertado por el dolor
 Dormir sólo con medicación
9. ¿Cuánto de tu actividad diaria eres capaz de hacer en una escala de 0 a 100%? _____
10. ¿Está recibiendo actualmente servicios de atención médica en el hogar? _____
11. ¿Dónde se encuentra la mayor parte de su dolor?
 Espalda Cuello Hombro Codo Pie Muñeca
 Rodilla Tobillo Mano Caldera
12. Círculo de su nivel de dolor: 0 - Mejor (sin dolor), 10 - Peor (dolor insoportable) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gráfico del cuerpo:

Por favor, marque las áreas en las que sentir los síntomas en la tabla a la derecha con los siguientes símbolos para describir los síntomas:

- ↓ agudo/disparo
- Dolor sordo/doloroso
- ||| Entumecimiento
- Tingling



AUTORIZACIÓN DE SEGURO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito que el pago de Medicare autorizado y/u otros beneficios de seguro se realice en mi nombre a Hope Rehab Katy por los servicios que me han proporcionado. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a ser liberado a Hope Rehab Katy, Administración de Financiación de la Atención Médica y sus agentes. Además, autorizo cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Yo entiendo mi firma solicitudes que pagos ser hecho y a fotográfica copia de esta autorización servirá para el mismo propósito que el original.

Entiendo que el formulario de verificación de beneficios es sólo una explicación de la cobertura de mi compañía de seguros y no es una garantía de cobertura. Si la información proporcionada por mi compañía de seguros no es exacta o la compañía de seguros cambios su cobertura, acepto la responsabilidad por el pago de estos servicios no reembolsados. Si los servicios prestados por Hope Rehab Katy no son reembolsados por mi compañía de seguros debido al incumplimiento de mi médico de atención primaria (PCP) y su oficina, acepto la responsabilidad por el pago de los servicios. Entiendo que soy responsable del deducible, coaseguro, copagos y servicios no cubiertos, gastos de suministro incluidos (99070) que no será reembolsado por el seguro.

Iniciales: _____

SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE

Todos los pacientes de Medicare están sujetos a una limitación o límite en la cantidad de servicios de fisioterapia que pueden recibir durante el año calendario. Hope Rehab Katy estimará sus beneficios de Medicare restantes semanalmente (o según lo solicite) y le notificará el final aproximado de sus servicios cubiertos. **En el caso de que se excede su límite de Medicare y su seguro secundario (si esa cobertura existe) se niega a cubrir esos cargos, usted será responsable de esa cantidad.**

Medicare permite para la facturación más allá del límite cuando, "... la condición del paciente se justifica por la documentación que indica que el beneficiario requiere una terapia especializada continua, es decir, una terapia más allá de la cantidad pagadera bajo el límite de la terapia, para lograr su status funcional previo el máximo esperado funcional en un plazo razonable." En los casos en que el fisioterapeuta y el médico de referencia determinen que la terapia adicional es médicamente necesaria, entonces con su permiso, Hope Rehab Katy facturará Medicare más allá del límite. **En el caso de que Medicare no está de acuerdo con nuestra evaluación médica y se niega a pagar por los servicios prestados, usted será responsable de esa cantidad.**

CANCELACIÓN/NO SHOW POLICY

Hope Rehab Katy requiere una llamada telefónica para cancelar las citas. Una cita debe ser cancelada no menos de 24 horas en Avanzar De la hora de la cita programada. Hay una tarifa de \$25 para citas que no se cancelan por adelantado o no asisten. Después de un segundo no show consecutivo o una cita perdida, todas las citas futuras programadas serán canceladas. **Toda otra programación es la Responsabilidad.**

Iniciales: _____

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS EN LA DIRECCIÓN O COBERTURA DEL SEGURO

El paciente y/o garante o es responsable de informar a Hope Rehab Katy de cualquier cambio en su cobertura de seguro o su información de contacto personal. Si el hecho de no informar de estos cambios impide que Hope Rehab Katy obtenga el reembolso de la compañía de seguros del paciente y/o garantizar por los servicios prestados, el paciente y/o garante será responsable de todos los cargos impagados que habrían sido pagados por su compañía de seguros.

CARGOS DE LATE DE CUENTA PASADO

Hope Rehab Katy envía estados de cuenta cada 30 días a pacientes con un saldo de cuenta restante después de procesar las reclamaciones de seguros. Una cuenta del paciente con un saldo restante pasará a ser vencida el 30o día después de la fecha del estado de cuenta. **Si su cuenta paciente se vence, se le cobrará un cargo por retraso de \$15 además de todos los cargos pendientes y no pagados.**

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor, revise cuidadosamente

QUIÉN TENDRÁ ACCESO A SU INFORMACIÓN

Nosotros, en Hope Rehab Katy proporcionamos terapia física y otros servicios necesaria para proporcionar una rehabilitación óptima a usted, nuestro paciente / cliente. Debido a que muchas personas dentro de la instalación necesitan acceder a sus registros clínicos y de facturación, hemos declarado a todos nuestros empleados como elegibles para administrar toda su información de salud. Específicamente, esto significa todo el personal clínico (empleado o contratado), todos los estudiantes internos, voluntarios y todos los personales (empleados o contratados).

Por lo general, se accedería a su información clínica y de facturación solo para fines de tratamiento y facturación relacionada. Sin embargo, las auditorías clínicas y de facturación son requeridas por estándares profesionales y regulatorios. Por lo tanto, sus registros podrían seleccionarse aleatoriamente como parte de estos propósitos de cumplimiento y garantía de calidad. Un socio comercial es una persona que proporciona servicios o actividades a un proveedor de atención médica o entidad cubierta. Los socios comerciales que tengan acceso a su información estarán estrictamente limitados a aquellos que proporcionan facturación y cobros, archivo de documentos, copia y eliminación. Todas estas personas están bajo contrato y han sido educadas con respecto a los derechos del paciente y las regulaciones de privacidad.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACION MEDICA

Nosotros, en Hope Rehab Katy entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos firmemente comprometidos a proteger su información médica. Simplemente registramos en detalle la atención y los servicios que recibe en nuestras instalaciones, al hacerlo también nos ayuda a cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros generados por nosotros, ya sean realizados por nuestros empleados o nuestro personal contratado. Su médico personal puede tener diferentes políticas y avisos con respecto a su uso y divulgación de su información médica creada en su oficina. Es importante que esté familiarizado con y entienda cómo cada proveedor de atención médica maneja su información médica. Este aviso le indicará las formas en que podemos usar y divulgar información médica sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas ligaduras tenemos con respecto al uso y divulgación de información de salud.

ESTAMOS OBLIGADOS POR LEY A

- Asegúrese de que toda la información de salud que lo identifica se mantenga privada
- Proporcionarle un "Aviso de Prácticas de Privacidad" que relaciona nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con información de salud sobre usted.
- Siga los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad que se le proporciona

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen las formas en que podemos usar y divulgar información de salud. Todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información estará dentro de una de las categorías.

Para el tratamiento:

Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle servicios de rehabilitación o relacionados. Podemos divulgar información de salud sobre usted a otros terapeutas, médicos (sus proveedores médicos/dentales), enfermeras, técnicos, estudi antes clínicos u otros personales clínicos o de apoyo necesarios para ayudar en la prestación de atención médica de optimar. Esto también podría incluir revelar o usar su información de salud para educar y capacitar a un miembro de la familia designado para ayudar con la rehabilitación del hogar o el apoyo a las actividades.

Para el pago:

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba de nuestro personal puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado de su compañía de seguros, pagador de terceros o usted. Es posible que necesitemos divulgar información de salud a su plan de salud/pagador sobre el tratamiento o la incisión de enterque va a tener para obtener aprobación previa o para determinar si hay cobertura específica para los servicios que se le entregarán.

Consentimientos, Autorización y Acceso:

Actualmente no existe una regulación federal que requiera que su proveedor de cuidados de salud obtenga para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica asociadas. Sin embargo, todos los proveedores están obligados a cumplir con las regulaciones de privacidad estipuladas en la Ley de Portabilidad y Accesibilidad del Seguro Médico (HIPAA) a partir del 2 de abril de 2001. El enfoque principal de la sección de privacidad de la HIPAA es exigir que los proveedores de atención de salud administren toda la información de atención médica de manera confidencial y "necesitan saber". Esto incluye documentos en papel, datos electrónicos y comunicaciones telefónicas. LA HIPAA requiere que todos los pacientes/clientes tengan pleno acceso a su información de salud y que se les dé el derecho de revisar su copia y enmendarla, según se solicite específicamente. Si bien los consentimientos para los servicios del proveedor son innecesarios, las autorizaciones para el uso de información médica fuera del tratamiento, las operaciones relacionadas con el tratamiento y/o el pago se requieren un formulario de autorización firmado que dé permiso para utilizar información de salud. Otros proveedores y servicios relacionados con proveedores mencionados anteriormente deben ser adquirido antes de revelar o utilizar información de salud privada. La Ley establece claramente que el proveedor de atención médica no puede restringir el acceso a los servicios ni penalizar de ninguna manera a un paciente/cliente en caso de declive de autorización o revocación de autorización. (Por favor firme y fecha la línea a continuación indicando que ha leído y entendido este formulario)

Firma del Paciente

Fecha