

# BACKtoGOLF PERFORMANCE & FITNESS

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TEL # \_\_\_\_\_ CEL # \_\_\_\_\_ # DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
(REQUERIDO PARA WORK-COMP)

DIRECCION \_\_\_\_\_

Calle o PO Box \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
DR QUE LO REFIRIO \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ POSICION \_\_\_\_\_

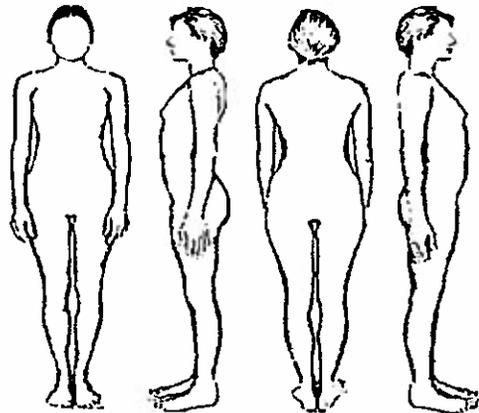
Describe su complicacion actual: \_\_\_\_\_

Cuando comenzo esta condicion? \_\_\_\_\_

Cual es su meta a lograr con terapia fisica? \_\_\_\_\_

Por favor describa dolor e indique en la foto el lugar de sus sintomas (seleccione todas las que apliquen):

- [ ] Dolor Agudo [ ] Dolor Pesado [ ] Palpitante [ ] Tirante  
 [ ] Ardor [ ] Hormigueo [ ] Entumido [ ] Suave  
 [ ] Constante [ ] Frecuente [ ] Ocasional [ ] Intermiteinte



Intensidad de dolor en descanso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Intensidad de dolor en movimiento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que cause que el dolor aumente? \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugia (si aplica) \_\_\_\_\_

Nivel de Actividad (Circule Uno): BAJO/SEDENTARIO MEDIO ALTO ATLETA/DEPORTE \_\_\_\_\_

Por favor marque todas las que apliquen:

PASADO	PRESENTE		PASADO	PRESENTE	
[ ]	[ ]	Alta Presion	[ ]	[ ]	Anginas
[ ]	[ ]	Paro Cardiaco	[ ]	[ ]	Derrame Cerebral
[ ]	[ ]	Asma	[ ]	[ ]	VIH/Sida
[ ]	[ ]	Tumor	[ ]	[ ]	Cancer (Lugar: _____)
[ ]	[ ]	Lupus	[ ]	[ ]	Hepatitis
[ ]	[ ]	Epilepsia	[ ]	[ ]	Diabetes
[ ]	[ ]	Artritis Reumatoide	[ ]	[ ]	Embarazo
[ ]	[ ]	Dependencia de Alcohol/Drogas	[ ]	[ ]	Tobaco/Fumar
[ ]	[ ]	Otro _____			

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones/Cirugias: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

X \_\_\_\_\_  
Tutor (si el paciente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

# BACKtoGOLF PERFORMANCE & FITNESS

## POLITICA DE CANCELACION Y PERMISO PARA TRATAMIENTO

En BACKtoGOLF Fisioterapia queremos brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes y asistir a su cita programada es una parte necesaria del proceso de tratamiento. Si no hay un aviso de cancelación 24 hrs antes de la cita programada, se cobrara directamente al paciente un cargo de cancelación de \$ 40 por cada cancelación. Si no se presenta a una cita programada, se le aplicará el mismo cargo de \$ 40.

- Si un paciente "No se presenta" a una cita, cualquier cita adicional requerirá la aprobación del Gerente de la Oficina.
- Si un paciente "No se presenta" por segunda vez, no se programarán más citas.
- Si un paciente cancela 2 citas sin previo aviso con 24 horas de anticipación, cualquier cita adicional requerirá la aprobación del gerente de la oficina

Al firmar a continuación, reconoce que ha leído, comprende y acepta cumplir con nuestra política de cancelación como se describe.

Doy permiso para que el personal de BACKtoGOLF Physical Therapy realice los procedimientos prescritos por mi médico, incluida una evaluación de fisioterapia. Durante la evaluación, se me explicará la naturaleza del procedimiento que se realizará, así como el riesgo potencial de la atención. Si me enfermo durante el tratamiento. Doy permiso al personal para administrar los tratamientos que consideren necesarios para mi bienestar. Mi firma a continuación indica que comprendo y doy mi consentimiento para ser tratado como se explicó anteriormente.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ / /  
Firma del Paciente Firma del Tutor (si el paciente es menor de 18) Fecha

### \*\*\*OPCIONAL\*\*\* TARJETA DE CREDITO EN ARCHIVO

Hemos implementado una política que le permite mantener la información de su tarjeta de crédito de forma segura en los archivos de BACKtoGOLF. Al proporcionarnos la información de su tarjeta de crédito, le está dando permiso a BACKtoGOLF para cargar automáticamente en su tarjeta de crédito registrada su copago/saldo adeudado en el momento del servicio. Al firmar esto, usted autoriza que este acuerdo permanecerá en vigor hasta el vencimiento de la cuenta de la tarjeta de crédito y que puede revocar este formulario en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito.

Name on Card: \_\_\_\_\_

Card Number: \_\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_\_

CCV # \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_

Recibos?: SI / NO Email O MSG (Por favor proporcione el #) \_\_\_\_\_

Dirección de Facturación (Si es diferente a la que ya proporciono—SI ES LA MISMA DEJELO EN BLANCO):

\_\_\_\_\_  
CALLE

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CODIGO POSTAL

Al firmar a continuación, autorizo a BACKtoGOLF a cargar copagos y saldos pendientes en mi cuenta a la tarjeta de crédito anterior.

X \_\_\_\_\_  
Authorizing Cardholders Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# BACKtoGOLF PERFORMANCE & FITNESS

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente a **BACKtoGOLF PERFORMANCE AND FITNESS, INC.** Además, autorizo la divulgación de la información de atención médica proporcionada por el fisioterapeuta a mi compañía de seguros o sus agentes con el fin de administrar reclamos de beneficios. **Acepto que soy financieramente responsable de todos los saldos no pagados por mi compañía de seguros.**

La información de beneficios obtenida por BACKtoGOLF como **cortesía** no es una garantía de beneficios o pagos. **Se recomienda al paciente que se comunique con su compañía de seguros para obtener información sobre los beneficios.**

Nuestro departamento de facturación se procesa en esta misma oficina en este momento. Este proceso puede tardar hasta 60 días en conciliarse con su compañía de seguros. Tenga en cuenta que está incurriendo en gastos durante su tratamiento y usted es responsable de esos honorarios. **Le pedimos que cualquier cantidad que sea de su responsabilidad sea pagada en su totalidad dentro de los 60 días posteriores a su última cita con nosotros.** Se pueden hacer otros arreglos con el propietario o el gerente de la oficina si es necesario.

**POR FAVOR TENGA SU TARJETA (S) DE SEGURO DISPONIBLE PARA COPIAR Y GUARDAR EN ARCHIVO.**

## AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD BACKtoGOLF PERFORMANCE & FITNESS

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta oficina tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad y que puedo comunicarme con la oficina en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

**PREGUNTE A NUESTRA RECEPCIONISTA SI DESEA RECIBIR UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

He revisado la divulgación de ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, así como el AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD anterior y estoy firmando a continuación para verificar que todas mis preguntas han sido respondidas y que entiendo todas las políticas como se indica anteriormente.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ / /  
Firma del Paciente Firma del Tutor (si el paciente es menor de 18) Fecha