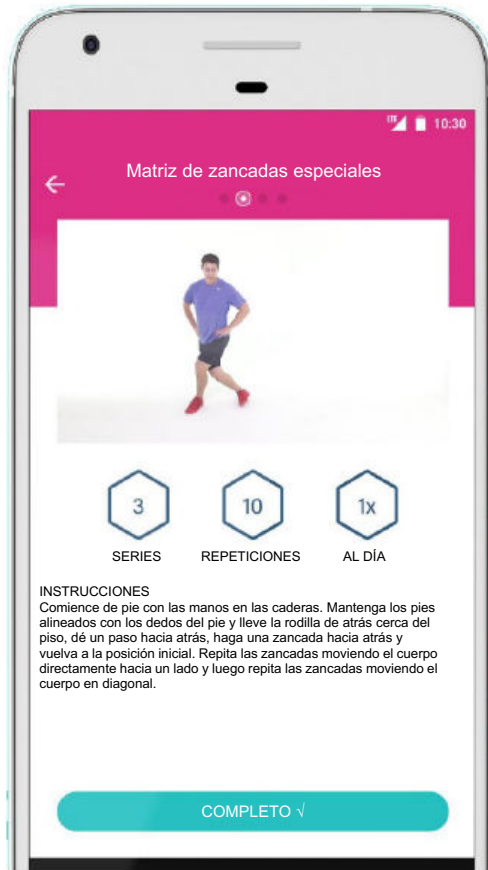




theradynamics



La forma más fácil de descargar la aplicación Keet Health es escaneando el código QR que está abajo de este texto.

Para hacerlo, abra la aplicación de la cámara de su teléfono y toque la pantalla. Verá un mensaje y accederá a un enlace. También puede descargar una aplicación de escáner de código QR.



ESCANÉAME

Su nombre de usuario será “nombre apellido fecha de nacimiento” (se usarán dos dígitos para el día y el mes, y cuatro dígitos para el año). Por ejemplo, para John Doe, cuya fecha de nacimiento es el 10 de agosto de 1987, sería:

johndoe08101987

Su nombre de usuario es: _____

Su contraseña es: Welcome1

Copia para el paciente

Copia para el paciente

Copia para el paciente



FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

Gracias por elegir nuestro centro y
bienvenido a Theradynamics.

Si alguna vez lo atendieron en cualquier centro
de Theradynamics, consulte en secretaría.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ N.º de SS: ____-____-____ Sexo: M / F

DIRECCIÓN: _____ N.º DE APTO.: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: CELULAR: _____ CASA: _____ TRABAJO: _____

ESTADO CIVIL: _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESTADO DE EMPLEO: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Desempleado
 Estudiante a tiempo parcial Estudiante a tiempo completo

EN CASO DE EMERGENCIA:

Comunicarse con: _____ Tel.: (____) _____ Relación: _____

QUEJA PRINCIPAL:

¿ES SU QUEJA UNA CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO? **SÍ** () **NO** () ¿ES SU QUEJA UNA
CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN RELACIONADA CON UN AUTOMÓVIL? **SÍ** () **NO** () ¿ES SU QUEJA UNA CONSECUENCIA DE
UNA LESIÓN PERSONAL? **SÍ** () **NO** ()
¿CUÁNDO COMENZÓ SU CONDICIÓN ACTUAL? _____

PROVEEDOR DE SEGUROS: _____

TEL.: (____) _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE NAC. DEL ASEGURADO:

____/____/____ N.º DE SS: _____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: _____

N.º DE ID. DE LA PÓLIZA: _____

N.º DE GRUPO: _____

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA):

EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____

PROVEEDOR DE SEGUROS: _____

TEL.: (____) _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE NAC. DEL ASEGURADO:

____/____/____ N.º DE SS: _____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: _____

N.º DE ID. DE LA PÓLIZA: _____

N.º DE GRUPO: _____

DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA):

EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO SECUNDARIO

INFORMACIÓN DE REMISIÓN:

¿Cómo se enteró de Theradynamics? ¿Quién lo remitió a nosotros?

- Hospital Facebook Twitter Seguro Otro: _____
- Google Instagram

¿Quién es el médico que lo remitió? _____

Nombre del médico de atención primaria: _____

Información de contacto del médico de atención primaria

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL RECORDATORIO DE CITAS

Apellido: _____ Nombre: _____

N.º de tel.: _____ Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

Mediante este formulario, usted da su permiso para que prestemos el servicio de recordatorios automáticos de citas por correo electrónico o mensaje de texto al celular.

- Permiso que me envíen correos electrónicos para confirmar mis próximas citas en THERADYNAMICS.
- Permiso que me envíen mensajes de texto al celular para confirmar mis próximas citas en THERADYNAMICS.

Entiendo que pueden aplicarse tarifas normales por los mensajes de texto.

Indique cuál es su operador de telefonía móvil.

No podemos configurar su cuenta para enviar recordatorios por mensaje de texto sin saber cuál es su operador de telefonía móvil. Indique cuál es su operador abajo si quiere recibir recordatorios por mensaje de texto:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ALL Tel | <input type="checkbox"/> Metrocall | <input type="checkbox"/> T Mobile |
| <input type="checkbox"/> AT&T | <input type="checkbox"/> MetroPCS | <input type="checkbox"/> US Cellular |
| <input type="checkbox"/> Boost Mobile | <input type="checkbox"/> Nextel | <input type="checkbox"/> Verizon |
| <input type="checkbox"/> Cingular | <input type="checkbox"/> Qwest | <input type="checkbox"/> Virgin Mobile |
| <input type="checkbox"/> Cricket Wireless | <input type="checkbox"/> Sprint PCS | |

Firma de reconocimiento del paciente_____
Fecha

INFORMACIÓN DE LA POLÍTICA DEL CONSULTORIO

ESTAMOS COMPROMETIDOS A DARLE LA MEJOR ATENCIÓN POSIBLE. SI TIENE UN SEGURO MÉDICO, ESPERAMOS CON ANSIAS PODER AYUDARLO A RECIBIR LA MÁXIMA CANTIDAD DE BENEFICIOS PERMITIDOS. PARA LOGRAR ESTOS OBJETIVOS, NECESITAMOS SU AYUDA Y QUE ENTIENDA NUESTRA POLÍTICA DE PAGO.

LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS DEBEN HACERSE EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS, A MENOS QUE NUESTRO PERSONAL HAYA APROBADO UN ACUERDO DE PAGO CON ANTELACIÓN. PUEDE CONSULTAR CON NOSOTROS LAS DIFERENTES FORMAS DE PAGO QUE SON ACEPTABLES. COMO CORTESÍA PARA NUESTROS PACIENTES, VERIFICAMOS LA COBERTURA DE SU SEGURO POR USTED. AUNQUE QUEREMOS ACEPTAR LA ASIGNACIÓN DE TODAS LAS ASEGURADORAS, PUEDE VERIFICAR CON NOSOTROS SI ACEPTAMOS LA ASIGNACIÓN SEGÚN SU SITUACIÓN.

SI NUESTRO CONSULTORIO ACEPTA LA ASIGNACIÓN, PRESENTAREMOS LOS RECLAMOS DE SU SEGURO POR USTED. SU ASEGURADORA HARÁ EL PAGO DIRECTAMENTE A ESTE CONSULTORIO. USTED ES RESPONSABLE DE PAGAR LOS DEDUCIBLES Y COPAGOS, SI LOS HUBIERA, USANDO UN MEDIO DE PAGO QUE ACEPTEMOS. ESTOS PAGOS DEBEN HACERSE EN LA PRIMERA CONSULTA DE CADA SEMANA DE ATENCIÓN E INCLUIRÁN EL COPAGO ADEUDADO POR TODAS LAS CONSULTAS DE ESA SEMANA. CON GUSTO ANALIZAREMOS SU TRATAMIENTO PROPUESTO Y RESPONDEREMOS CUALQUIER PREGUNTA RELACIONADA CON SU SEGURO.

SIN EMBARGO, DEBE TENER EN CUENTA QUE: SU SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE USTED, SU EMPLEADOR Y LA ASEGURADORA. NO SOMOS UNA PARTE DE ESE CONTRATO.

1. LA MAYORÍA DE LAS ASEGURADORAS CONSIDERAN QUE NUESTRAS TARIFAS, EN GENERAL, ESTÁN DENTRO DEL INTERVALO ACEPTABLE Y, POR LO TANTO, ESTÁN CUBIERTAS HASTA EL MÁXIMO PERMITIDO QUE DETERMINE CADA ASEGURADORA. ESTO SOLO SE APLICA A LAS ASEGURADORAS QUE PAGAN UN PORCENTAJE DEL 50 % AL 80 % DE UNA TARIFA NORMAL, HABITUAL Y RAZONABLE (UCR) PARA ESTA REGIÓN. POR LO TANTO, LA MAYORÍA DE LAS ASEGURADORAS CONSIDERAN QUE NUESTRAS TARIFAS SON UCR. ESTO NO SE APLICA A LAS ASEGURADORAS QUE REEMBOLSAN SEGÚN UN PROGRAMA ARBITRARIO DE TARIFAS, QUE NO TIENE RELACIÓN CON EL COSTO Y EL ESTÁNDAR ACTUALES DE LA ATENCIÓN EN ESTA ÁREA.

2. NO TODOS LOS SERVICIOS SON UN BENEFICIO CUBIERTO EN TODOS LOS CONTRATOS. ALGUNAS ASEGURADORAS ELEGIRÁN DE MANERA ARBITRARIA DETERMINADOS SERVICIOS QUE NO CUBRIRÁN. COMO NUESTRA RELACIÓN ES CON USTED Y NO CON SU ASEGURADORA, LE RECOMENDAMOS ENCARECIDAMENTE QUE SE COMUNIQUE CON SU ASEGURADORA PARA VERIFICAR QUÉ COBERTURA TIENE USTED. LA INFORMACIÓN IMPRECISA QUE RECIBAMOS DE UN REPRESENTANTE DEL SEGURO SOBRE SU COBERTURA ES RESPONSABILIDAD DE USTED. AUNQUE LA PRESENTACIÓN DE LOS RECLAMOS DEL SEGURO ES UNA CORTESÍA QUE HACEMOS PARA NUESTROS PACIENTES, TODOS LOS CARGOS SON SU RESPONSABILIDAD A PARTIR DE LA FECHA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. SABEMOS QUE LOS PROBLEMAS ECONÓMICOS TEMPORALES PUEDEN AFECTAR AL PAGO OPORTUNO DE SU FACTURA. SI TIENE TALES PROBLEMAS, LE RECOMENDAMOS QUE SE COMUNIQUE CON NOSOTROS DE INMEDIATO PARA RECIBIR AYUDA EN LA GESTIÓN DE SU FACTURA. LOS CHEQUES DEVUELTOS Y LOS SALDOS PENDIENTES POR MÁS DE 30 DÍAS PUEDEN ESTAR SUJETOS A TARIFAS DE COBRO EXTRA, Y TAMBIÉN PUEDEN COBRARSE CARGOS POR INTERESES DEL 1/5 % AL MES (TASA DE INTERÉS ANUAL [APR] DEL 18 %) POR CITAS A LAS QUE NO ASISTA Y CITAS QUE SE CANCELEN SIN UN AVISO DE 24 HORAS DE ANTELACIÓN.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTA INFORMACIÓN O TIENE DUDAS SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO, NO DUDE EN PREGUNTARNOS. ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDAR.

Firma de reconocimiento del paciente

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD/RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Entiendo, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, que tengo determinados derechos de privacidad respecto de mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede usarse y se usará para:

- Hacer, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan participar en ese tratamiento de manera directa o indirecta.
- Recibir el pago de pagadores independientes.
- Hacer operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y acreditaciones de médicos.

He leído, recibido y entendido su aviso de prácticas de privacidad que tiene una descripción más completa de los usos y las revelaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización puede cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando, y puedo llamar para obtener una copia de la versión actual. Entiendo que puedo solicitar por escrito que limiten el modo en que usarán o revelarán mi información privada para hacer mi tratamiento, pago u operación de atención médica. También entiendo que no tienen la obligación de aceptar mi solicitud. Me han concedido el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad de arriba antes de firmar este consentimiento. Entiendo que puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto que hayan actuado conforme a este consentimiento.

Nombre del paciente: _____

Firma: x _____

Fecha: _____

Intenté que el paciente firmara en reconocimiento de este aviso, pero no pudo hacerlo, según se registra abajo.

Motivo: _____
Iniciales _____ Fecha _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

****Autorización para usar o revelar información médica protegida (requerida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, título 45 del Código de Regulaciones Federales [CFR], partes 160 y 164)****

Autorizo a THERADYNAMICS a usar y revelar la información médica protegida que se describe abajo a

(persona que solicita la información).

Firma de reconocimiento del paciente

Fecha

**ASIGNACIÓN E INDICACIÓN PARA EL PAGO DIRECTO AL MÉDICO DEL SEGURO MÉDICO
Y POR ACCIDENTE COLECTIVO Y PRIVADO**

Por la presente, le indico y ordeno a la _____ compañía de seguros que pague con cheque a nombre de quien se indica abajo y lo envíe por correo directamente a:

Theradynamics Rehab, PT, OT & SLP, PLLC
280 West 231st Street
Bronx, New York 10463
N.º de identificación fiscal: 134075927

Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al médico, por la presente también le indico y ordeno que emita el cheque a mi nombre y lo envíe por correo de la siguiente manera: (consulte la dirección de arriba).

Los beneficios permitidos por gastos médicos o profesionales, y pagaderos a mí según mi póliza de seguro actual como pago de los cargos totales por los servicios profesionales prestados. Esta es una asignación directa de mis derechos y beneficios según esta póliza. Este pago no excederá mi deuda al cesionario mencionado arriba, y acepté pagar, en una de las formas vigentes, cualquier saldo de los cargos por dichos servicios profesionales además de este pago del seguro. Entiendo que el médico de arriba tiene un interés económico en cualquier prueba de diagnóstico. Una fotocopia de esta asignación deberá considerarse tan vigente y válida como el documento original. También autorizo la revelación de cualquier información relevante para mi caso a cualquier compañía de seguros, mediador o abogado que participe en este caso.

Fecha _____

Día _____

20 _____

Firma del titular de la póliza

Firma del solicitante,
si es diferente al titular de la póliza

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La fisioterapia/terapia ocupacional incluye el uso de muchos tipos diferentes de evaluación física y tratamiento. En este consultorio, usamos distintos procedimientos y modalidades que nos permiten probar y mejorar su funcionamiento. Como sucede con todas las formas de tratamiento médico, la fisioterapia incluye beneficios y riesgos.

Como la respuesta física a un tratamiento específico puede variar mucho de una persona a otra, no siempre es posible predecir con precisión su respuesta a una determinada modalidad de terapia o procedimiento. No podemos garantizar con precisión cuál puede ser su reacción a un tratamiento específico ni podemos asegurar que nuestro tratamiento aliviará la condición para la que usted busca tratamiento. También hay un riesgo de que el tratamiento cause dolor o una lesión, o que agrave condiciones preexistentes.

Usted tiene derecho a preguntarle a su fisioterapeuta qué tipo de tratamiento planea según su historia, diagnóstico, síntomas y resultados de las pruebas. También puede hablar con su terapeuta sobre los posibles riesgos y beneficios del tratamiento. Tiene derecho a rechazar cualquier parte del tratamiento en cualquier momento, antes de una sesión del tratamiento o durante esta. Los ejercicios terapéuticos son una parte integral de los planes de tratamiento de la fisioterapia. El ejercicio supone riesgos físicos inherentes. Si tiene alguna pregunta sobre el tipo de ejercicio que hace y sobre cualquier riesgo específico relacionado con los ejercicios, su terapeuta las responderá con gusto.

Reconozco que mi terapeuta me explicó mi programa de tratamiento y que me respondieron satisfactoriamente todas las preguntas. Entiendo los riesgos relacionados con un programa de fisioterapia/terapia ocupacional como me lo describieron y quiero continuar.

Firma de reconocimiento del paciente

Fecha

ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS, DE VENTA CON Y SIN RECETA, A LOS QUE ES ALÉRGICO:

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Use el cuadro de abajo para listar todos los medicamentos de venta con receta genéricos y de marca que toma actualmente. Asegúrese de incluir toda la información para cada medicamento. La cantidad de medicamento en cada comprimido está en la etiqueta de la receta en miligramos (mg). A esto se lo llama “dosis” o “presentación”. En la etiqueta de líquidos e inyecciones, también se indica la dosis.

Nombre del medicamento	Nombre del médico que lo receta	Motivo por el que toma el medicamento	Dosis (por ejemplo, 10 mg, 50 mg)	Frecuencia (2 veces/día, una vez al día)

MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA, VITAMINAS O SUPLEMENTOS

Liste todos los que toma de manera ocasional, como aspirina para el dolor de cabeza, y los que toma todos los días, como suplementos multivitamínicos o nutritivos. Incluya hierbas o medicamentos alternativos que tome.

Nombre del medicamento	Nombre del médico que lo receta	Motivo por el que toma el medicamento	Dosis (por ejemplo, 10 mg, 50 mg)	Frecuencia (2 veces/día, una vez al día)

Tratamiento de menores

Aquí hay algunas cosas que debe saber sobre la fisioterapia para un paciente menor de edad en Theradynamics.

Uno de los padres o el tutor debe firmar siempre el formulario de consentimiento para tratar a un menor, escanearlo y guardarlo en el paquete de bienvenida, e incluirlo en el expediente médico

1. Si el paciente es **menor de 12 años**, debe estar acompañado por uno de los padres o el tutor en todo momento.
 - a. Esto incluye la sala de espera, la sala de tratamiento/evaluación y el área del gimnasio.
 - b. En ningún momento puede quedar solo o sin supervisión.
 - c. Si ve a un niño solo, avise al padre, a la madre o al tutor; si está solo en el área del gimnasio, avise al terapeuta.
2. Si el paciente tiene **13 años**, puede estar en el área de tratamiento y del gimnasio.
 - a. Puede estar solo en la sala de tratamiento.
 - b. Aun así, uno de los padres o el tutor debe estar en la sala de espera y debe firmar la factura detallada por el menor para recibir el tratamiento.
3. Si el paciente tiene **16 años**, puede venir solo al consultorio y firmar la factura detallada él mismo.
 - a. Pero, para poder hacerlo, aparte del formulario de consentimiento firmado antes, también necesitará el formulario del permiso para un menor.
 - b. Cuando ambos formularios estén firmados, puede venir solo.

*****Recordatorio: Confirme siempre con el terapeuta principal del consultorio cómo debe supervisarse a un niño según cada caso*****



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO PARA UN MENOR
(SIN LA PRESENCIA DEL PADRE, MADRE O TUTOR)**

Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____

Por la presente, la persona que firma autoriza a Theradynamics Rehab, PT, OT & SLP, PLLC para que los empleados de Theradynamics examinen y traten al menor mencionado arriba sin la presencia del padre, madre o tutor.

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Info. de contacto: N.º de tel.: _____ Correo electrónico: _____

Padre/madre/tutor legal: _____

Firma

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Información médica importante (alergias, medicamentos, etc.):

CALIFICACIONES DE MIPS (FORMULARIO PARA LA CLÍNICA)

Responda cada una de las siguientes preguntas y devuelva el formulario completo al personal de la clínica.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** (MM/DD/AAAA) _____

¿PARA QUÉ LO ATENDERÁN/ATENDERÁN AL PACIENTE?

- CUELLO O PARTE SUPERIOR DE LA ESPALDA (ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DEL CUELLO)
- HOMBRO O BRAZO (QUICK DASH)
- CODO O ANTEBRAZO (QUICK DASH)
- MUÑECA O MANO (QUICK DASH)
- PARTE MEDIA O BAJA DE LA ESPALDA (CUESTIONARIO MODIFICADO DE DISCAPACIDAD DE LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA DE OSWESTRY)
- CADERA O MUSLO (ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR)
- RODILLA (ENCUESTA DE RESULTADOS DE RODILLA)
- PIERNA (ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR)
- TOBILLO O PIE (ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR)

¿APROXIMADAMENTE EN QUÉ FECHA COMENZÓ A TENER ESTE PROBLEMA USTED/EL PACIENTE?

(MM/DD/AAAA) _____

¿QUIÉN ES EL PAGADOR PRINCIPAL DE ESTE EPISODIO?

- AUTO (P. EJ., ALLSTATE, FARMERS)
- COMERCIAL (P. EJ., BCBS, AETNA)
- INDUSTRIAL (P. EJ., COMPENSACIÓN A TRABAJADORES)
- MEDICARE (P. EJ., PARTE B, PLANES ADMINISTRADOS POR MEDICARE)
- MEDICAID (P. EJ., CHIP, PLANES ADMINISTRADOS POR MEDICAID)
- PAGO POR CUENTA PROPIA