



157-02 Crossbay Blvd, Suite 202 Howard Beach, NY 11414 P: (718) 835-0100, F: (718) 848-2233

Fecha de Hoy:

PATIENT INFORMATION

Apellido:		Primer nombre:		Apellido:		Primer nombre:		
				Primer nombre:		Apellido:		
						Single / Mar / Div / Sep / Wid		
Correo Electronico :				SSN #:		Correo Electronico :		
						/ /		
						SSN #:		
						Correo Electronico : <input type="checkbox"/> M		
Dirección de la calle:			Apt.#		Teléfono de casa()		Dirección de la calle: Apt.#	
P.O. box:		Ciudad:			P.O. box:		Ciudad:	
Ocupación:		Empleador:				Ocupación:		

Estado actual del trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial Tiempo completo con limitaciones Tiempo parcial con limitaciones Actualmente no está empleado Retirado Discapacidad

Raza: (por favor marque uno) Indio americano Asiático Negro o afroamericano Chino Hispano Otras islas del Pacífico Blanco Otro

Etnia: (por favor, compruebe uno) Africano Asiático Chino Caucásico Francés Alemán Hispano / Latino Irlandés Judío Italiano Polaco Ruso Otro

Idioma principal: (compruebe uno) Inglés Español Francés Italiano Alemán Ruso Chino Japonés Otro

*¿A quién podemos agradecerle por referirle? consultorio médico, si es así lo que el Dr.: _____
 amigo/familia Compañía de seguros Internet oficina legal _____
 Otro: _____

Médico de Atención Primaria: Nombre: _____ Última vez visto: _____

Dirección/ Teléfono: _____

Información de farmacia: (Enviamos sus recetas directamente a su farmacia para que haya menos tiempo de espera para usted.)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia: Nombre: _____ Relación _____

Teléfono: _____

Certifico que toda la información anterior y siguiente es correcta.

_____ Imprimir nombre _____ Firma del paciente o parte responsable _____ Relacion del beneficiario _____ Fecha _____

entered by _____ reviewed by _____ Date: _____

Updated: 10/18/17



Cross Bay
Physical Medicine
& Rehabilitation, P.C.



Cross Bay
Foot Care Center



Cross Bay
Physical Therapy

Certificación de seguro

Es responsabilidad del paciente informar a la oficina sobre cualquier cambio en su seguro, dirección o número de teléfono. Usted es responsable de traer todas las referencias y autorizaciones de seguros apropiadas, si es que se requiere. **Si no lo hace, se hará responsable financiera de los servicios prestados.**

Asignación y liberación de seguros

Certifico que tengo cobertura de seguro con _____ y asignar directamente al Dr. **Benjamín Bieber / Dr. Debra Weinstock / Cross Bay Fisioterapia** (círculo uno) todos los beneficios de seguro, si los hay, de otra manera pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. El médico mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la compañía de seguros mencionada anteriormente y sus agentes con el propósito de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios de seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE/MEDICAP

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y, si corresponde, los beneficios de Medigap se realicen en mi nombre al **Dr. Benjamin Bieber / Dr. Debra Weinstock / Cross Bay Physical Therapy** (círculo uno) por cualquier servicio que me haya proporcionado ese proveedor. En la medida permitida por la ley, autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, mi aseguradora Medicap y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para servicios relacionados.

Nombre del paciente (nombre de impresión): _____

Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

paciente o parte responsable

Formulario confidencial DE HISTORIA MÉDICA

Queja principal: _____

Historial de la queja principal: _____

Gravedad del dolor: (círculo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Sin dolor) (Más grave)

¿Cuánto tiempo ha tenido su dolor?: _____

¿Has tenido alguno de los siguientes tratamientos? Inyecciones Fisioterapia Aparatos ortopédicos / Soportes

¿Que le impide hacer su queja principal? _____

¿Esta visita se debe a una lesión relacionada con el trabajo? Sí No ¿Esta visita está relacionada con un accidente automovilístico? Sí No

Qué medicamentos has tomado previamente para este dolor (incluye medicamentos de venta libre: advil, motrin, aleve, etc.)

Haz una lista de las alergias que tengas a los medicamentos, alimentos u otros artículos:

Alergia	Reacción
_____	_____

Lista de medicamentos que ahora está tomando a continuación: *****Si tiene un Lista por favor dé a la recepción o asistente médico

Por favor enumere todas sus operaciones:

Operaciones realizadas	año	Hospital	Médico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Signos vitales por historial: Por favor, informe de su lectura más actualizada.

Presión sanguínea _____ Fecha _____

Altura _____ Fecha _____

Peso _____ Fecha _____

¿Ha tenido alguna radiografía reciente, resonancias magnéticas o tomografías computarizadas?

Radiografía _____ Fecha: _____

MRI _____ Fecha: _____

Cat Scans _____ Fecha: _____



Formulario de acuerdo de prescripción

El propósito de este acuerdo es proteger su acceso a sustancias controladas y proteger nuestra capacidad de prescribir para usted. El uso a largo plazo de sustancias tales como opiode (narcóticos, analgésicos), tranquilizantes de benzodiazepinas y sedantes de barbitúrico es controvertido debido a la incertidumbre respecto, la medida en que proporcionan un beneficio a largo plazo. También existe el riesgo de que se desarrolle un trastorno adictivo o de recaída en una persona con una adicción previa. El alcance del riesgo no es seguro. Debido a que estas drogas tienen potencial de abuso o desviación, es necesaria una responsabilidad estricta cuando se prolonga el uso. Por esta razón, las siguientes políticas son acordadas por usted, el paciente, como consideración y condición de, la disposición del médico cuya firma aparece a continuación para considerar la prescripción inicial o continua de una sustancia controlada para tratar su dolor crónico.

1. Todas las sustancias controladas deben provenir del médico cuya firma aparezca a continuación o, durante su ausencia, por el médico que cubre, a menos que se obtenga una autorización específica para una excepción. (Múltiples fuentes pueden conducir a interacciones farmacológicas desagradables o una mala coordinación del tratamiento.)
2. Todas las sustancias controladas deben obtenerse en la misma farmacia, siempre que sea posible. Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada. La farmacia que ha seleccionado es:

* _____ **Teléfono:** _____

1. Se espera que informe a nuestra oficina de cualquier medicamento nuevo o condiciones médicas, y de cualquier efecto adverso que experimente de cualquiera de los medicamentos que tome.
2. El médico prescriptor tiene permiso para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con farmacéutico dispensador u otros profesionales que proporcionan su atención médica con el fin de mantener la responsabilidad.
3. Usted no puede compartir, vender o permitir que otros tengan acceso a estos medicamentos.
4. Estos medicamentos no deben suspenderse abruptamente, ya que es probable que se desarrolle un síndrome de abstinencia.
5. Es posible que se soliciten pantallas toxicológicas de orina o séricas sin previo aviso, y se requiere su cooperación. La presencia de sustancias no autorizadas puede provocar la derivación para la evaluación del trastorno adictivo.
6. Recetas y botellas de estos medicamentos pueden ser buscados por otras personas con dependencia química y deben ser estrechamente protegidos. Se espera que usted tome el mayor grado posible de cuidado con su medicamento y prescripción. No deben dejarse donde otros puedan ver u otros sabios tengan acceso a ellos.

X _____ Fecha _____

Firma del paciente o parte responsable

Formulario confidencial DE HISTORIA MÉDICA (continuación)

¿Cuáles de las siguientes condiciones se le está tratando o por las que ha sido tratado en el pasado (consulte)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Problemas hepático | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Radiculopatía | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH/Sida |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Neuritis/Neuroma | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Palpaciones/Marcapasos | <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> Problemas con los senos paranasales | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Mala circulación/Enfermedad vascular | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Falta de respiración | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia o problemas sanguíneos | <input type="checkbox"/> Estenosis espinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Diverticulosis |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Problemas de páncreas | <input type="checkbox"/> próstata |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Malestar |
| <input type="checkbox"/> Caída / Historia de caída | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Aumento/pérdida de peso actual | <input type="checkbox"/> Escleroderma |
| <input type="checkbox"/> Camina con un baston o andador | <input type="checkbox"/> Polimialgia reumatica | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Dolor articular _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome de Raynaud | <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Riñón |
| <input type="checkbox"/> gastrointestinal/acidez | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares/bloqueo _____ | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> La enfermedad de Sojourn | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno ocular / Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas en la nariz | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Caminar inestable | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Malestar |
| <input type="checkbox"/> Pie de atleta | <input type="checkbox"/> Irritabilidad/Cambio de humor | <input type="checkbox"/> Fiebre reciente | <input type="checkbox"/> Rigidez |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Alteración del sueño | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Alfileres y agujas/entumecimiento | <input type="checkbox"/> Moretones | <input type="checkbox"/> Sudar | <input type="checkbox"/> Úlceras- piel |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> uñas de hongos | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | |
| <input type="checkbox"/> OTRAS enfermedades graves _____ | | | |

¿Hay algún historial familiar de las condiciones anteriores? Si es así, por favor enumere con el miembro de la familia que tiene o tuvo la condición:

Social History:

¿usted fuma? sí No En caso afirmativo, cuántos paquetes por día: _____ ¿Cuántos años? _____

Consentimiento del tratamiento:

Por la presente doy mi consentimiento y doy mi permiso al médico (asistente del médico o reemplazo designado) para administrar y realizar procedimientos sobre mí como el médico considere necesario.

FIRMA: X _____ DATE: _____

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE DESIGNACIÓN HIPAA DEL PACIENTE

1. Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Prácticas de Privacidad:

Al suscribir mi nombre a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP), y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si así lo elegí) y entender el Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) y aceptar sus términos.

_____ X _____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento Firma del paciente/padre/tutor

1. Designación de ciertos parientes, amigos cercanos y otros cuidadores como mi representante personal:

Acepto que la práctica pueda revelar ciertas piezas de mi información de salud a un Representante Personal de mi elección, ya que dicha persona está involucrada con mi atención médica o pago relacionado con mi atención médica. En ese caso, la Práctica Médica revelará sólo información que sea directamente relevante para la participación de la persona con mi atención médica o pago relacionado con mi atención médica.

Print Name: _____ Last four digits of SSN or other identifier: _____
 Print Name: _____ Last four digits of SSN or other identifier: _____
 Print Name: _____ Last four digits of SSN or other identifier: _____

1. Solicitud de recepción de comunicaciones confidenciales por medios alternativos:

Según lo dispuesto por la Regla de Privacidad Sección 164.522(b), solicito por la presente que la Práctica me haga todas las comunicaciones por los medios alternativos que he enumerado a continuación.

Número de teléfono de inicio: _____

Dirección de comunicación escrita: _____

____ Aceptar dejar el mensaje con información detallada _____ Aceptar enviar por correo a la dirección
 mencionada anteriormente ____ Deje el mensaje solo con números de devolución de
 llamada

Envíeme un correo electrónico a: _____

Número de teléfono de trabajo: _____

Comunicación por fax: _____

____ Aceptar dejar el mensaje con información detallada _____ Ok a Fax en el número mencionado
 anteriormente Deje el mensaje solo con números de devolución de llamada ____ Envíeme un correo electrónico a: ____

Otro: _____

1. Las siguientes personas no están autorizadas a recibir mi Información de Salud del Paciente (PHI):

Print Name: _____ Print Name: _____
 Print Name: _____ Print Name: _____

- Las autorizaciones anteriores son voluntarias y puedo negarme a aceptar sus términos sin afectar ninguno de mis derechos a recibir atención médica en la Práctica.
- Estas autorizaciones pueden ser revocadas en cualquier momento notificando la Práctica por escrito en la dirección de correo de Prácticas marcada a la atención de "Oficial de Cumplimiento hipaa."

3. La revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto en las divulgaciones que ocurran antes de la ejecución de cualquier revocación.
4. Puedo ver y copiar la información descrita en este formulario, si lo pido, y obtendré una copia de este formulario después de firmarlo.
5. Este formulario se llenó por completo antes de firmarlo y reconozco que todas mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción, que entiendo completamente este formulario de autorización, y he recibido una copia ejecutada.
6. Esta autorización es válida a partir de la fecha en que he firmado a continuación y permanecerá válida hasta que se cambie o revoque.

Nombre del paciente (Imprimir)

Firma del paciente

Fecha



POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con que su tratamiento sea exitoso. Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que le exigimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

CON RESPECTO AL SEGURO:

Aceptamos la asignación de seguros bajo la mayoría de los planes. No podemos facturar su seguro a menos que usted nos dé su información de seguro y un formulario de reclamo original si es necesario. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en el contrato. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, de los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos o no considerados razonables y necesarios bajo el Programa de Medicare y/ u otro seguro médico. El saldo adeudado es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no.

entered by _____ reviewed by _____ Date: _____

Updated: 10/18/17

CON RESPECTO A LAS REFERENCIAS:

Es su responsabilidad obtener todos los formularios de referencia requeridos por su compañía de seguros. Tenga en cuenta que, si decide ser visto por nuestro médico bajo un plan de seguro fuera de la red, usted asume la responsabilidad por la diferencia en los beneficios de cobertura.

Copagos:

Se espera que pague su copago en el momento de su cita. Si no puede pagar, deberá reprogramar su cita. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales, Visa, MasterCard y Discover.

TARIFAS HABITUALES Y HABITUALES:

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es habitual y habitual para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas habituales y consuetudinarias.

CON RESPECTO A PACIENTES SIN SEGURO:

El pago debe abonarse en el momento del servicio.

CON RESPECTO A LOS PACIENTES CON MEDICARE:

Presentaremos todos los cargos ante Medicare y su seguro suplementario si corresponde. Si usted no tiene un seguro suplementario, se espera que pague por el 20% no pagado por Medicare, o cualquier deducible que no se haya cumplido en el momento de su cita.

PACIENTES MENORES:

Los pacientes menores de 18 años **deben** tener un padre y/o tutor que los acompañe a nuestra oficina antes de que se pueda prestar el tratamiento. El adulto acompañante del menor y /o los padres (o tutores del menor) son responsables del pago completo.

CITAS PERDIDAS:

Requerimos que llame con al menos 24 horas de antelación. Las citas que se pierdan acumularán una tarifa de \$50.00 que se cobrará a la cuenta del paciente.

Siempre es su responsabilidad asegurarse de que su cuenta está liquidada.

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para presentar una reclamación ante mi compañía de seguros y asignar beneficios a Benjamin Bieber, MD / Debra Weinstock, DPM / Cross Bay Physical Therapy.

Reconozco que he leído las políticas de facturación mencionadas anteriormente, estoy de acuerdo y entiendo mis responsabilidades como paciente en Benjamin Bieber, MD / Debra Weinstock, DPM / Cross Bay Physical Therapy. También entiendo que si no pago cargos, implica la interrupción de los servicios médicos.

Firma del paciente

Fecha

POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS:

Requerimos que llame con al menos 24 horas de antelación.

Las citas que se pierdan y no nos notificaron acumularan una tarifa de \$50.00 que se cobrará a la cuenta del paciente.

Entiendo esta Política

Nombre del paciente: _____

Firma de pacientes: _____