



846 W Foothill Blvd #C
Upland, CA 91786
T: (909) 985 8686
F: (909) 985-5706
rozinaandsmithpt.com

DEMOGRAFIA DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Licencia de controladores: _____ Altura: _____ Peso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación _____

¿Cómo te enterastes de nosotros? _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Mejor número de contacto: _____ Casa Celular

¿Podemos dejar la cita, la facturación o la información médica en su contestador automático/correo de voz? Sí No

Dejar mensajes detallados Dejar información de devolución de llamada sólo Dejar recordatorios de citas

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Podemos dejar la cita, la facturación o la información médica en su contestador automático/correo de voz? Sí No

Dejar mensajes detallados Dejar solo información de devolución de llamada

HISTORIA MEDICAL

Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta/baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de circulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Implantes metálicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema/Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fumar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MRSA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia química	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mareado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de hablar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Describir cualquier otra condición o precaución: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

He proporcionado una lista escrita, ver adjunto

Droga: _____ Dosis: _____ Razón de tomar: _____
Droga: _____ Dosis: _____ Razón de tomar: _____
Droga: _____ Dosis: _____ Razón de tomar: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA

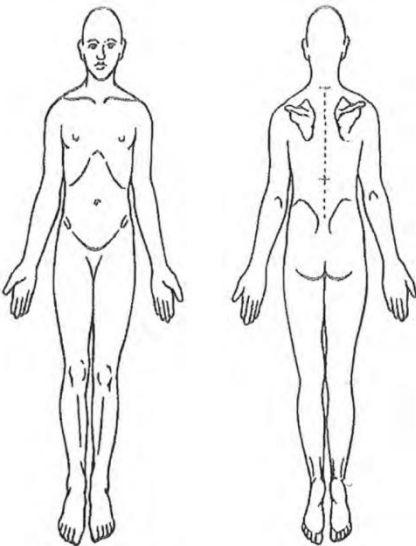
Región del cuerpo: _____ Tipo de cirugía: _____ Fecha de la cirugía: _____
Región del cuerpo: _____ Tipo de cirugía: _____ Fecha de la cirugía: _____

OTROS SÍNTOMAS (Si aún no ha visto a un médico)

Compruebe todo lo que corresponda:

- Pérdida de peso inexplicable
- Fiebre/escalofríos/sudores
- Cambios en la función intestinal/vejiga
- Dificultad para respirar
- Cambio de apetito
- Náuseas/vómitos
- Dificultad para pasar la comida
- Aumento del dolor por la noche

1. Circule el número en la escala de intensidad que mejor describa los síntomas actuales del dolor.
2. Circule o sombree la ubicación de su dolor en la carta del cuerpo a continuación.
3. Si tiene algún otro síntoma, como hormigueo o entumecimiento, dibuje estos como una línea de puntos.

INTENSITY	PAIN LOCATION
10 extremado	
9	
8	
7 grave	
6	
5 mediano	
4	
3 suave	
2	
1	
0 no dolor	

Por favor, proporcione un breve historial de su lesión, como la fecha de la lesión, cómo comenzó y cualquier tratamiento previo.

ACKNOWLEDGEMENT

La información anterior es correcta hasta donde yo sé.

Firma del paciente: _____ Testigo: _____ Fecha: _____

Firma padre/tutor (si el paciente es menor de edad): _____ Fecha: _____

Office Use Only



Contrato de Fisioterapia del Paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Yo, bajo los firmantes, por la presente consiento los procedimientos terapéuticos descritos a continuación, para ser realizados por Rozina and Smith Physical Therapy, Inc. y sus asociados.

- Acepto ser evaluado y tratado por pérdida funcional debido a disfunciones y dolor nerviosos, musculares y esqueléticos relacionados.
- Entiendo que los procedimientos terapéuticos pueden incluir pero no se limitan a la movilización de articulaciones y tejidos blandos; programas de ejercicios clínicos y domésticos; entrenamiento funcional que incluye mecánica de posturas y cuerpos; modalidades como calor, hielo, E-stim y ultrasonido; y procedimientos especiales como la grabación, e-stim neuromuscular y entrenamiento vesical.
- Entiendo que se me explicará el propósito de los procedimientos terapéuticos antes de recibir el tratamiento y que puedo rechazar cualquier procedimiento terapéutico o tratamiento en cualquier momento.
- Entiendo que puedo consultar con otros terapeutas y/o médicos en cualquier momento con respecto a mi condición.
- Entiendo que puedo comprar equipos de ejercicios de Rozina and Smith Physical Therapy, Inc. o de cualquier otra fuente.

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

- Aseguranza es un contrato entre el paciente o garante y la compañía de seguros; Rozina and Smith Physical Therapy, Inc solo facturan un seguro como cortesía al paciente. Soy financieramente responsable con Rozina and Smith Physical Therapy, Inc por los servicios prestados.
- Entiendo perfectamente que Rozina and Smith Physical Therapy, Inc pueden no aceptar mis tarifas de seguro como pago completo. Esto llevaría a que recibiera una factura por deducibles, copagos, coseguros y artículos no cubiertos. Acepto pagar por tal saldo.
- Entiendo que es mi responsabilidad obtener todas las referencias necesarias de mi médico o PCP según lo requiera mi compañía de seguros. Las recetas deben mantenerse actualizadas de mes a mes. En el caso de que mis compañías de seguros presten servicios y más tarde sean negados por mi compañía de seguros por falta de remisión/preautorización, entiendo que será mi responsabilidad pagar a Rozina and Smith Physical Therapy, Inc.
- A menos que las citas se cancelen con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar \$30.00 por citas perdidas. Este cargo no está cubierto por su seguro y es su responsabilidad de pagar.

RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Los abajo firmantes reconocen que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si así lo elegí) y comprendí el aviso.

Certifico que he leído y entiendo todo lo anterior:

Con el paciente (imprimir)
(auto/padre/tutor legal)

Relación entre el paciente

Firma del paciente/representante autorizado

Firma del fisioterapeuta: _____ Fecha: _____



Divulgación de Responsabilidad Financiera de Medicare

A partir del 1 de enero de 2025, usted es responsable de un Deducible anual de \$257.00. (Medicare solo pagará por los servicios después de que los gastos excedan \$257.00.)

Medicare pagará el 80% de los cargos permitidos. Usted es responsable del 20% restante. Si usted tiene cobertura de seguro secundario y nos proporciona esa información, le facturaremos su seguro secundario como cortesía para usted. Si no tiene cobertura secundaria o su cobertura secundaria no paga por sus servicios, usted es responsable del pago del 20%.

Si Medicare niega los cargos porque tiene otro seguro que se considera su seguro principal, usted será responsable de todos los cargos incurridos. Es su responsabilidad informarnos de cualquier otra cobertura de seguro que pueda tener.

El 1 de enero de 2025, Medicare tiene una cobertura para la terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje combinada establecida en un máximo de \$2410.00.

Esta cobertura solo se aplicará a los servicios de terapia que reciba en los siguientes lugares:

- **La práctica privada de un médico**
- **Un centro de rehabilitación ambulatorio o una agencia de rehabilitación.**
- **Un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) Un centro de enfermería calificado SI usted es un ambulatorio.**
- **Un centro de enfermería calificado SI usted es residente, pero Medicare NO está pagando por su estadía.**
- **En su hogar, si los servicios de terapia son proporcionados por una agencia de salud en el hogar y Medicare NO está pagando por su atención médica en el hogar.**

Usted debe revisar sus notificaciones de Medicare ("Medicare Summary Notice"), que le dirán cuánto es el límite que ha utilizado. Si tiene alguna inquietud de que sus beneficios de terapia terminarán mientras aún necesita servicios, póngase en contacto con nuestra oficina. ¡Estaremos encantados de ayudarle!

Si tiene alguna pregunta adicional, pregunte a uno de nuestros miembros del personal o comuníquese con su operador de Medicare (ese número aparece en la parte delantera de su Aviso de Resumen de Medicare) o llame gratis al número gratuito: 1-800-MEDICARE

Parte C de Medicare (Medicare Advantage o Medicare+ Choice)

Por favor notifique a nuestro personal de la oficina si su cobertura de Medicare es cobertura de la Parte C de Medicare. La cobertura de la Parte C de Medicare también se conoce como Medicare+ Choice y se compra y administra a través de una compañía de seguros privada e incluye productos HMO, PPO, PFFS, PSO y MSA. Los beneficiarios de la Parte C de Medicare pagan primas que normalmente les proporcionan más cobertura que los "programas tradicionales de Medicare" (Parte A y B de Medicare) a un costo más bajo. Si no nos proporciona esta información, es posible que no se cubran los pagos de sus reclamaciones de salud.

Estoy cubierto por un programa Medicare Advantage o Medicare+ Choice program.

NO estoy cubierto por un programa Medicare Advantage o Medicare+ Choice program.

Servicios de salud en el hogar de Medicare

Medicare ha requerido que los pacientes que reciben ciertos Servicios de Salud en el Hogar deben tener servicios de terapia ambulatoria consolidados con la Agencia de Salud en el Hogar. Si No nos proporciona esta información, Medicare puede no pagar sus reclamos de salud.

Estoy recibiendo servicios de salud en el hogar.

NO estoy recibiendo servicios de salud en el hogar.

Servicios previos de fisioterapia

¿Ha tenido algún servicio de terapia física este año?

Sí En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

No Nombre de la clínica: _____

Número de visitas: _____

He leído y entiendo la información anterior con respecto a la divulgación de responsabilidades financieras de Medicare, el límite de servicios de rehabilitación de Medicare y el reembolso con respecto a los suministros clínicos. Por favor envíe mi reclamo a Medicare. Entiendo que usted puede facturarme por artículos o servicios no cubiertos por Medicare y que tal vez tenga que pagar la factura mientras Medicare está tomando su decisión.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____



846 W Foothill Blvd #C
Upland, CA 91786
T: (909) 985 8686
F: (909) 985-5706
rozinaandsmithpt.com

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Licencia de seguro social o de manejar #: _____

Solicito y autorizo a **Rozina and Smith Physical Therapy Inc.** a divulgar mi información de atención médica a las siguientes personas:

Médico de referencia

Otro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Toda la información sanitaria

Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

Otros: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma padre/tutor (si es menor): _____

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA 1 AÑO DESPUÉS DE SU FIRMA.
Una copia de este formulario se considerará válida como la original.