



11 MILL POND DR. GRANBY, CT 860-413-9969  
1240 PARK ST. HARTFORD, CT 860-461-7940  
620 NORWICH-NEW LONDON TRNPKE  
UNCASVILLE, CT 860-237-3510

FECHA: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Parte(s) del cuerpo: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Cirugía: **SÍ** o **NO** En caso afirmativo, Fecha: \_\_\_\_\_

Accidente de auto: **SÍ** o **NO** relacionado con el trabajo: **SÍ** o **NO** Otro: **SI** o **NO**

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

trabajo Número de: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Opción de recordatorio (por favor marque): **TEXTO** o **LLAMADA**

Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

FUENTE DE REFERENCIA:

Ref MD: \_\_\_\_\_ Ref MD Grp: \_\_\_\_\_

Ref MD Phn: \_\_\_\_\_ Ref MD Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

PCP MD: \_\_\_\_\_ PCP MD Grp: \_\_\_\_\_

PCP MD Phn: \_\_\_\_\_ PCP MD Ciudad / Estado : \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre o tutor si es menor de 18 años)

**SEGURO PRIMARIO:**

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Carné de identidad: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Marque aquí N.  si es el mismo que el paciente):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código postal: \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO:**

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_ Carné de identidad: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE COMPRA DE TRABAJO:**

Nombre de empresa: \_\_\_\_\_

Dirección de reclamos: \_\_\_\_\_

Reclamación: \_\_\_\_\_ Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_

Phn Adj: \_\_\_\_\_ Fax Adj: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL**

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Firma de abogados: \_\_\_\_\_

Teléfono del abogado: \_\_\_\_\_ Fax de abogado: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado de Attny: \_\_\_\_\_ Auto Med-Pay: SÍ o NO

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre o tutor si es menor de 18 años)

**DIVULGACIÓN**

I, el paciente anterior, el padre o tutor legal del paciente, o el titular de la póliza, según corresponda, contratan con Connecticut Physical Therapy Specialists, LLC (CTPTS) para brindar la terapia física según lo prescrito por mi fisioterapeuta y / o mi médico de referencia. Entiendo y acepto que CTPTS primero buscará el reembolso de mis aseguradores y ordeno a mi seguro que pague todos los beneficios o la cobertura a los que tengo derecho a CTPTS y por la presente asigno cualquier beneficio o cobertura a los que tengo derecho a CTPTS por sus servicios. Entiendo y acepto que soy responsable de todos los copagos, coseguros, deducibles o cualquier tarifa, cargo o servicio que mi aseguradora no pague. Si una aseguradora me reembolsa directamente, o mi parte de un acuerdo, remitirá inmediatamente a CTPTS la parte del reembolso a la que tienen derecho por sus servicios. Si no tengo seguro, entiendo y acepto que soy responsable de todas las tarifas, cargos o servicios prestados por CTPTS.

Estoy de acuerdo en que cualquier factura que me envíe CTPTS debe pagarse en su totalidad dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de dicha factura y que cualquier saldo impago se puede cobrar un cargo por demora del 1% por mes (1% / mes). Además, aceptó que si CTPTS tiene que remitir mi factura impaga a un abogado para su cobro, aceptó pagar honorarios razonables de abogado.

Autorizo a CTPTS a divulgar toda la información médica relacionada con mi tratamiento a mi médico o abogado previa solicitud por escrito de mí o del médico o abogado.

Firma del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del reclamante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(si no es póliza)

CTPTS personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CANCELACIÓN / POLÍTICA DE NO SHOW**

Valoramos su tiempo como nuestro paciente. Esperamos que también valore el tiempo de nuestros terapeutas llamando a nuestra oficina si hay una razón por la cual no puede asistir a su cita. Tenga en cuenta que se ha demostrado que la asistencia constante brinda la mejor oportunidad para el éxito. Dicho esto, **solicitamos un aviso de 24 horas para cancelaciones**. Llegar más de **10 minutos tarde** puede requerir cancelación y reprogramación. Entendemos que surgen circunstancias que le impiden asistir a su cita. Estos casos serán pesados de forma individual y tratados adecuadamente. Si bien somos sensibles al hecho de que una emergencia puede ocurrir en una rara instancia, las cancelaciones, especialmente las de última hora, junto con la ausencia de pacientes, disminuyen nuestra capacidad de satisfacer las necesidades de programación de los otros pacientes. Las cancelaciones crónicas, independientemente del aviso de 24 horas, se cobrarán en consecuencia. Estas tarifas no están cubiertas por el seguro médico tradicional / comercial y son responsabilidad del paciente. Los pacientes recibirán recordatorios telefónicos / de texto de las fechas / horas de la cita el día anterior a su cita programada (a menos que el paciente decida no ser notificado). Los pacientes siempre recibirán copias de sus citas programadas según lo solicitado también.

**Cargo de cancelación sin aviso de 24 horas: \$ 25.00**

**Cargo por no presentación: \$ 50.00**

Para aquellas personas involucradas en un caso legal (**MVA por accidente automovilístico**) con un abogado al que se le ha emitido una carta de protección para cubrir el costo de su atención: estos honorarios vienen fuera de su parte del acuerdo final.

Para las personas cuyo costo de atención está cubierto por **la compensación del trabajador** : asistir a su (s) cita (s) debe tener la misma consideración que presentarse al trabajo. Su abogado (si tiene uno involucrado), el ajustador y el empleador tienen acceso a sus notas de tratamiento, así como a una lista de citas canceladas y pérdidas.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Iniciales del CTPTS: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

Usted, el titular de la póliza, es en última instancia responsable de conocer la cobertura de sus beneficios, incluido el proceso de autorización, copagos, deducibles y máximos de visitas. En CTPTS, hacemos todo lo posible para verificar y explicar su cobertura en función de la información que nos brinda su compañía de seguros.

Se **FUERTE** sugiere que los niños que requieren supervisión no asistan a sesiones de terapia con un paciente.

**CUALQUIER** cambio de seguro debe comunicarse a CTPTS lo antes posible para evitar posibles aumentos de cargos.

Por favor, **el uso del teléfono celular límite a emergencias solamente** durante la sesión de tratamiento.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR**

I, el abajo firmante, acepta voluntariamente la evaluación y el tratamiento por parte de los clínicos de los especialistas en fisioterapia de Connecticut. El fisioterapeuta le explicará la naturaleza y el propósito del curso del tratamiento, así como los beneficios esperados o las posibles molestias que puedan surgir. El terapeuta también discutirá alternativas al tratamiento propuesto, cuando corresponda, y el riesgo y las consecuencias de ningún tratamiento. Es su derecho rechazar cualquier parte de su tratamiento en cualquier momento.

**AVISO DE DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

Podemos divulgar su información de atención médica a su proveedor de seguros u otros profesionales de atención médica con el propósito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia u otra persona responsable de su cuidado sobre su condición médica o en caso de una emergencia o de su muerte. Podemos divulgar su información de salud para fines militares, de seguridad nacional, de prisioneros y de beneficios gubernamentales. Podemos dejar un mensaje en un dispositivo contestador automático o en una persona que conteste el teléfono para programar citas. En el caso de que seamos vendidos o fusionados con otra organización, su información / registro de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario. Usted tiene los siguientes derechos: solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud, aunque no estamos obligados a hacerlo; recibir o comunicar su información de salud en un formato que no sea el método habitual; tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud; tenemos derecho a modificar su información de salud, sin embargo, no estamos obligados a aceptar la modificación; y tiene derecho a recibir un informe de con quién hemos compartido su información de salud. La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud. Las quejas sobre sus derechos de privacidad deben dirigirse al Gerente de la Oficina de CTPTS (Janet Mansfield, 860-999-1859). Las quejas formales pueden presentarse a DHHS, Oficina de Derechos Civiles. Mediante mi firma en este formulario, proporcionó a CTPTS mi autorización y consentimiento para usar y divulgar mi información de salud de la manera indicada anteriormente.

Nuestro sistema le enviará un correo electrónico con un enlace a una encuesta de una pregunta. Agradeceríamos sus comentarios.

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(padre o tutor, si no tiene 18 años)

CTPTS personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**CONNECTICUT  
PHYSICAL THERAPY  
SPECIALISTS**

**LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUAL DEL**

NOMBRE MEDICAMENTO DE	DOSIFICA CIÓN	FRECUENCIA RECETA FRECUENCIA DE	MD	: PO = INJ = Inyección S = Piel / Tópico

UBICACIONES:

11 MILL POND DR. GRANBY, CT 06035 // 860-413-9969

1240 PARK ST. HARTFORD, CT 06106 // 860-461-7940

620 NORWICH-NEW LONDON TPKE. UNCASVILLE, CT 06382 // 860-237-3510

CTPTS FAX // 860-288-5511