LIBRE THERAPY SERVICES, LLC
311 NE 8th ST Suite 104 Homestead, FL 33030
TEL: (305) 248-8600 / FAX: (844) 272-8151

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Nombre del Paciente: _____ Nombre de los Padres o Encargado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / F Fecha de Nacimiento: _____

***Por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro y la licencia de conducir**

Teléfono (Cell): _____

Teléfono (Casa): _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____

Código Postal_____ Apt: _____

Médico de Referencia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Médico Primario: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del Seguro médico: _____ ID #: _____

Número del Seguro Social: _____ Grupo #: _____

Nombre del Asegurado Primario: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Secundario: _____

Yo entiendo que los servicios provistos para mí o mi hijo(a) no son gratuitos y yo acepto la responsabilidad de pagar todos o cualquier porción de los cargos que no sean autorizados ni cubiertos por mi seguro.
Yo autorizo que todo récord necesario sea dado por esta causa y que todos los beneficios autorizados sean hechos a nombre mío/de mi hijo(s) (arriba mencionado).

_____ _____
Firma del Paciente/Guardian *Fecha*

Solo para pacientes de compensación a los trabajadores

Nombre del Empleador: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Número de Reclamo: _____

Nombre del Ajustador del caso: _____ Teléfono: _____

LIBRE THERAPY SERVICES, LLC
311 NE 8th ST Suite 104 Homestead, FL 33030
TEL: (305) 248-8600 / FAX: (844) 272-8151

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, acepto y doy mi consentimiento para que *LIBRE THERAPY SERVICES, INC.* brinde atención médica y tratamiento (nombre imprimido por el paciente) _____ que se considera necesario y apropiado para diagnosticar o tratar su condición física y médica.

Paciente / Guardián _____ Fecha_____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, Medicaid, seguro privado y terceros que pagan a *LIBRE THERAPY SERVICES, INC.* Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como la original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria, incluidos los registros médicos, para asegurar el pago.

Paciente / Guardián _____ Fecha_____

DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA

Facturamos a su compañía de seguros únicamente como una cortesía para usted. Usted es responsable de la totalidad de la factura cuando se prestan los servicios. Requerimos que los arreglos para el pago de su participación estimada se realicen hoy. Si su compañía de seguros no envía el pago dentro de los 60 días, el saldo se debe pagar en su totalidad. En el caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de los pagos realizados, usted será responsable de la cantidad de dinero reembolsada a su compañía de seguros. En el caso de que su compañía establezca un programa de tarifa interna habitual y de cliente, usted será responsable de la diferencia restante.

Si algún pago se realiza directamente a usted por los servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de enviarlo de inmediato a *LIBRE THERAPY SERVICES, INC.* Lo anterior puede no aplicarse a aquellos pacientes que se consideran Compensación a los Trabajadores o que tienen beneficios con una facturación del saldo contrato, como un HMO.

LIBRE THERAPY SERVICES, INC. Verifica los beneficios como una cortesía para usted. Sin embargo, *LIBRE THERAPY SERVICES, INC.* No se hace responsable de cualquier información incorrecta proporcionada por su compañía de seguro con respecto a sus beneficios de copago/coseguro o planes de beneficios.

Cuando paga con cheque, autoriza expresamente a *LIBRE THERAPY SERVICES, INC.*, Si su cheque es deshonrado o devuelto por cualquier razón, debitar electrónicamente su cuenta por el monto del cheque más una tarifa de procesamiento de hasta el límite legal máximo estatal (más cualquier impuesto a las ventas aplicable). Tenga en cuenta: el lenguaje anterior autoriza un débito electrónico a su cuenta para la tarifa de recuperación permitida por el estado. De acuerdo con las reglas de la Asociación Nacional de Cámara de Compensación Automatizada, puede llamar al (888) 235-4635 para revocar la autorización para la transacción electrónica. Sin embargo, esto no significa que *LIBRE THERAPY SERVICES, INC.* No pueda cobrar una tarifa por cheques devueltos por otros métodos.

Comprendo y acepto que, si mi cuenta es enviada a nuestra Agencia de cobro para el pago, se me cobrará un cargo adicional que aumentaría mi factura total en un 34%. Además, entiendo que también seré responsable de los honorarios legales necesarios y los costos legales.

ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE MI CUENTA

Paciente / Guardián _____ Fecha_____

LIBRE THERAPY SERVICES, LLC
311 NE 8th ST Suite 104 Homestead, FL 33030
TEL: (305) 248-8600 / FAX: (844) 272-8151

MANTENER SUS CITAS DE TERAPIA EN LIBRE THERAPY SERVICES

Estamos aquí para ayudarlo a alcanzar sus objetivos y regresar al trabajo y a la vida que desea. Haremos nuestra parte lo mejor que podamos para ayudarlo a mejorar. Obtendrá el máximo provecho de su tiempo en terapia al participar plenamente en su tratamiento ... es decir, asistir a sus citas y realizar sus ejercicios en el hogar.

Entendemos que pueden ocurrir cosas que pueden estar fuera de su control y que podrían interferir con sus horarios de citas, como enfermedad o emergencia. En caso de que esto ocurra, comuníquese con nosotros para que podamos hacer que su cita esté disponible para otro cliente.

Tras la cancelación sin aviso de 24 horas, se le cobrará un cargo de $ 25 (no su compañía de seguros) y se cobrará antes de la visita posterior. Tenga en cuenta que, si se cancelan varias citas sin previo aviso, es posible que lo descarguen a discreción de nuestro personal.

Para clientes que están siendo tratados por una lesión relacionada con el trabajo en Compensación de Trabajadores, tenga en cuenta lo siguiente:

• Si cancela su cita sin una reprogramación o no asiste a una cita programada sin notificar a nuestra oficina, lo que resulta en menos visitas semanales que las asignadas por su médico, tenga en cuenta que su médico, empleador y enfermero administrador o ajustador serán notificados.

Esperamos trabajar con usted para alcanzar sus objetivos y agradecer su cooperación.

_____ _____

Firma del Paciente / Padre / Tutor Fecha

_____

Nombre del Paciente / Padre / Tutor

LIBRE THERAPY SERVICES, LLC
311 NE 8th ST Suite 104 Homestead, FL 33030
TEL: (305) 248-8600 / FAX: (844) 272-8151

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Mantenemos un registro de los servicios de atención médica que le brindamos. Puede solicitar ver y copiar ese registro. También puede solicitar que corrija ese registro. No divulgaremos su registro a terceros a menos que nos lo indique o a menos que la ley nos autorice o nos obligue a hacerlo. Puede ver su registro u obtener más información al contactar a RAQUEL RODRIGUEZ, Oficial de Privacidad.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad describe con más detalle cómo se puede usar y divulgar su información de salud, y cómo puede acceder a su información.

Con mi firma a continuación reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad.

_____ _____

Firma del Paciente / Padre / Tutor Fecha

_____

Nombre del Paciente / Padre / Tutor

LIBRE THERAPY SERVICES, LLC
311 NE 8th ST Suite 104 Homestead, FL 33030
TEL: (305) 248-8600 / FAX: (844) 272-8151

Nombre: _____ Date: _____

En LIBRE THERAPY SERVICES, nuestro objetivo es brindarle la atención más completa y personalizada. Para hacerlo, le pedimos que complete este cuestionario de historial médico.

Descripción general de la condición actual

Problema / razón médica actual para la visita de hoy:

_____

¿Fecha de inicio de esta lesión/enfermedad: _____ has tenido la proyección de imagen? ☁ No ☁ MRI ☁ X-Ray ☁ CT scan

Por favor, liste los resultados de imágenes:

_____

¿Ah tenido cirugía para esto? ☐ Si ☐ No Si aplica, ponga la fecha y tipo de cirugía:

_____

Por favor, liste todas las cirugías que ha tenido en el pasado:

_____

Ha recibido PT o OT a raíz de esto? ☐ Si ☐ No Donde? _____

¿Usted padece de alguno de los siguiente?

Hipertensión	☐ Si ☐ No	Osteoporosis	☐ Si ☐ No	Depresión	☐ Si ☐ No
Angina/Dolor en el pecho	☐ Si ☐ No	Artritis	☐ Si ☐ No	¿Alergia al Latex?	☐ Si ☐ No
Enfermedad de corazón	☐ Si ☐ No	Cáncer	☐ Si ☐ No	Liste todas las alergias:	
Derramen cerebral	☐ Si ☐ No	Hepatitis/VIH	☐ Si ☐ No	_____	
Enfermedad de riñón	☐ Si ☐ No	Convulsiones	☐ Si ☐ No	_____	
Diabetes	☐ Si ☐ No	Dolores de Cabeza	☐ Si ☐ No	_____	

En los últimos 3 meses, ¿ha experimentado alguno de los siguientes?

Cambio en tu Salud	☐ Si ☐ No	Nausea/vómitos	☐ Si ☐ No
Falta de aire	☐ Si ☐ No	Infección urinaria	☐ Si ☐ No
Mareos	☐ Si ☐ No	Infección respiratoria superior	☐ Si ☐ No
Fiebre /escalofríos /sudores	☁ Si ☐ No	Cambio de peso inexplicado	☐ Si ☐ No
Hormigueo/Entumecimiento	☁ Si ☐ No	Cambios de apetito	☐ Si ☐ No
Debilidad	☐ Si ☐ No	Cambio en el intestino/vejiga	☐ Si ☐ No

Si respondió "si", por favor explique:

_____

¿Está embarazada actualmente? ☐ Si ☐ No ¿Usted bebe alcohol regularmente? ☐ Si ☐ No

¿Usted fuma? ☐ Si ☐ No Si marco "si": _____ Paquetes por días por _____ años. Último consumo de tabaco: _____

LIBRE THERAPY SERVICES, LLC
311 NE 8th ST Suite 104 Homestead, FL 33030
TEL: (305) 248-8600 / FAX: (844) 272-8151

¿Ha tenido 2 o más caídas en el último año, o alguna caída con una lesión en el último año? ☐ Si ☐ No

Peso: _____ Estatura: _____ BMI calculado (a completar por terapeuta, solo para uso interno): _____

Por favor responda las siguientes preguntas relacionadas con su condición actual:

Mis síntomas están: ☐ Empeorando ☐ Se mantienen igual ☐ Mejorando

¿Como duerme en la noche? ☐ Bien ☐ Dificultad moderada ☐ Solo con medicación

Actualmente tengo dificultades con las siguientes actividades diarias como resultado de mi condición:

☐ Parado/Caminando ☐ Sentado ☐ Levantándome de una silla ☐ Manejando

☐ Al doblar/Levantar ☐ Durmiendo ☐ Vistiéndome/arreglándome ☐ Agarrando

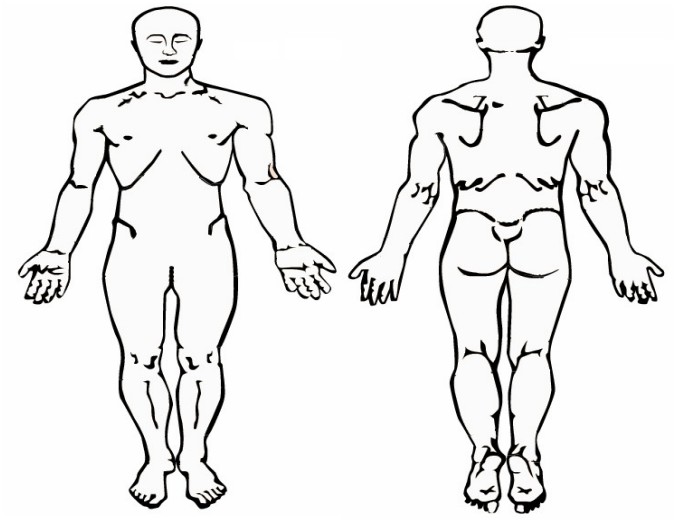
☐ Agarrando algo sobre la cabeza ☐ Agarrando algo detrás de la espalda ☐ Actividades de trabajo

☐ Otros:

_____

Use el siguiente dibujo y símbolos que se muestran para indicar la ubicación y el tipo de síntomas que está experimentando:

DOLOR AGUDO //////// DOLORES MUSCULARES XXXXX ARDOR OOOOO ENTUMECIMIENTO + + + ++



Circule su dolor en la escala 0-10 a continuación, 0 se considera que no hay dolor y 10 se considera el peor dolor imaginable

Su dolor ahora:

0------1------2------3------4------5------6------7------8------9------10

Su dolor en el peor momento:

0------1------2------3------4------5------6------7------8------9------10

Su dolor en el mejor momento:

0------1------2------3------4------5------6------7------8------9------10

¿Como describiría su nivel de estrés? 0------1------2------3------4------5------6------7-----8------9------10



Indique todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que esté tomando actualmente. Encierre en un círculo el método, enumere la dosis y marque con un círculo la frecuencia con la que los toma. Si trajo su lista de medicamentos hoy, con mucho gusto la copiaremos.

Medicamentos, vitaminas, Suplementos	Método (circule uno)	Dosis	Frecuencia (circule uno)
	Oral Parche Inhalador Inyección		1x/día 2x/día 3x/día
	Oral Parche Inhalador Inyección		1x/día 2x/día 3x/día
	Oral Parche Inhalador Inyección		1x/día 2x/día 3x/día