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 del padre(s) o tutor(s): _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M / F

*Por favor de proporcionar copia de la tarjeta de seguro y licencia de conducir

Teléfono Principal (H / C / W): _____

Teléfono secundario (H / C / W): _____

E-mail: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Apt: _____

Médico de referencia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Doctor principal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del seguro: _____ ID #: _____

SSN: _____ Grupo #: _____

Nombre del titular de la póliza:

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento:_____

Seguro secundario: _____

Entiendo que los servicios proporcionados no son gratuitos y acepto la responsabilidad del pago de la totalidad o parte de los cargos no autorizados ni cubiertos por mi proveedor de seguros.
Autorizo la divulgación de todos los registros requeridos para actuar en esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre (anteriormente mencionado).

_____ _____

Firma del paciente / padre / madre / tutor legal Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, acepto y doy mi consentimiento para que LIBRE THERAPY SERVICES, INC. Brinde atención médica y tratamiento a (nombre del paciente impreso) _____ considerado necesario y adecuado para diagnosticar o tratar su condición física y médica.

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

Paciente / Tutor / Parte responsable _____Fecha_____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, Medicaid, seguros privados y terceros pagadores a LIBRE THERAPY SERVICES, INC. Una fotocopia de esta asignación se considerará tan válida como la original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria, incluidos los registros médicos, para garantizar el pago.

Paciente / Tutor / Parte responsable _____Fecha_____

DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA

Le facturamos a su compañía de seguros únicamente como una cortesía para usted. Usted es responsable de la factura completa cuando se prestan los servicios. Requerimos que los arreglos para el pago de su parte estimada se realicen hoy. Si su compañía de seguros no remite el pago dentro de los 60 días, deberá pagar el saldo completo de su parte. 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 empresa establezca un programa interno habitual de tarifas de clientes, usted será responsable de la diferencia restante.

Si se realiza algún pago directamente a usted por los servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de enviarlos inmediatamente a LIBRE THERAPY SERVICES, INC. Es posible que lo anterior no se aplique a aquellos pacientes que se consideran Compensación al trabajador o que tienen beneficios con una facturación de saldo. contrato, como un HMO.

LIBRE THERAPY SERVICES, INC. Verifica los beneficios como una cortesía para usted. Sin embargo, LIBRE THERAPY SERVICES, INC. No acepta responsabilidad por ninguna información incorrecta proporcionada por su compañía de seguros con respecto a sus beneficios de copago / coseguro o planes de beneficios.

Cuando pague con cheque, autoriza expresamente a LIBRE THERAPY SERVICES, INC., Si su cheque es rechazado o devuelto por cualquier motivo, debe cargar electrónicamente en su cuenta el monto del cheque más una tarifa de procesamiento de hasta el límite legal máximo del estado (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 National Automated Clearing House Association, puede llamar al (888) 235-4635 para revocar la autorización de la transacción electrónica. Sin embargo, esto no significa que LIBRE THERAPY SERVICES, INC. No pueda cobrar un cargo por cheque devuelto por otros métodos.

Entiendo y acepto que si mi cuenta se envía 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 y los costos legales necesarios.

ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE MI CUENTA

_____ _____

Firma del paciente / padre / madre / tutor legal 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 EN LOS SERVICIOS DE TERAPIA LIBRE

Estamos aquí para ayudarlo a alcanzar sus metas y regresar al trabajo y a la vida que desea. Haremos nuestra parte lo mejor que podamos para ayudarlo a mejorar. Aprovechará al máximo su tiempo en la terapia participando plenamente en su tratamiento ... eso significa asistir a sus citas y hacer los ejercicios en casa.

Entendemos que pueden suceder cosas que pueden estar fuera de su control y que podrían interferir con sus citas, como enfermedades o emergencias. En caso de que esto suceda, contáctenos para que podamos hacer que su cita esté disponible para otro cliente.

Tras la cancelación sin aviso de 24 horas, se le cobrará una tarifa de $ 25 (no a su compañía de seguros) y se cobrará antes de la visita posterior. Tenga en cuenta que si se cancelan varias citas sin previo aviso, puede ser dado de alta a discreción de nuestro personal.

Para los clientes que están siendo tratados por una lesión relacionada con el trabajo bajo la Compensación a los Trabajadores, tenga en cuenta:

• Si cancela su cita sin reprogramar o no asiste a una cita programada sin notificar a nuestra oficina, lo que da como resultado menos visitas semanales que las asignadas por su médico, tenga en cuenta que se notificará a su médico, empleador y enfermero, administrador de casos o ajustador.

Esperamos trabajar con usted para alcanzar sus metas y apreciar su cooperación.

_____ _____

Firma del paciente / padre / tutor Fecha

_____

Firma 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 corregir ese registro. No divulgaremos su registro a otros a menos que usted nos indique hacerlo o a menos que la ley nos autorice o nos obligue a hacerlo. Puede ver su registro u obtener más información al respecto contactando 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 ella.

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

_____ _____

Firma del paciente / padre / tutor Fecha

_____

Firma 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

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.

Listar cualquier alergia: _____

¿Hubo algo inusual en el embarazo o el parto? ___ Sí ___No En caso afirmativo, describa
_____

Medicamentos, Vitaminas, Suplementos	Método (circule uno)	Dosificación	Frecuencia (circule uno)
	Oral Parche Inhaler Inyección		1x/dia 2x/dia 3x/dia
	Oral Parche Inhaler Inyección		1x/dia 2x/dia 3x/dia
	Oral Parche Inhaler Inyección		1x/dia 2x/dia 3x/dia

¿Se fue el niño a casa con su madre del hospital? ____Si ____No

Si el niño se quedó en el hospital, describa por qué y durante cuánto tiempo
_____

_____

¿Ha recibido su hijo alguna otra evaluación o terapia (terapia física, asesoramiento, terapia ocupacional, visión, etc.)?

__ Sí __No Si contestó sí, por favor
describa_____

_____

Dieta especial: Sí__ No__ En caso afirmativo, describa
_____

Convulsiones: sí__ no__

Equipo utilizado en el hogar: _____

Listar cualquier cirugía: _____

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

Historial medico

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?

__Adenoidectomía __Encefalitis _ Convulsiones

__Alergias __Flu __Sinusitis

__Dificultades para respirar __ Lesiones en la cabeza __Dificultades para dormir

__Varicela __Fiebre alta __Tabumbas / hábito de chuparse los dedos

__Coldea __Medida __Tonsilectomía

__Infecciones de la oreja (¿Con qué frecuencia? ____) __Meningitis __Tonsilitis

__Tubos en la oreja __Fiebre de escarabajo __ Problemas de visión

¿Otra lesión / cirugía grave? _____

Características de comportamiento:

__ Cooperativa __Sin embargo

__Atención __Pobre el contacto visual

__ Dispuesto a probar nuevas actividades __Fácilmente distraído / poca atención

__ Se juega solo por un tiempo razonable __Destructivo / agresivo

__ Dificultades de separación

__Fácilmente frustrado / Impulsivo __ Comportamiento inadecuado

__ Terca __ Comportamiento autoabusivo

Si su hijo está en la escuela, escriba el nombre de la escuela y el grado en el que se encuentra actualmente:
_____

_____