

Cross Bay Physical Medicine and Rehabilitation, P.C.
 Cross Bay Foot Care Center
 Cross Bay Physical Therapy

(IMPRIMA)

Fecha de hoy:				Doctor Primario:			
INFORMACION DEL PACIENTE							
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	Estatus Matrimonial (circule uno) Soltero / Cas / Div / Sep / Viudo	
correo electrónico:			SSN #:		Fecha De Nacimiento:	edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Direccion:		# Apt.:		Numero de Casa ()		Numero de Cellular ()	
P.O. box:		Ciudad:		Estado:		Numero Postal:	
Ocupacion:		Nombre de Compania o Trabajo:				Numero de telefono ()	
Situación laboral actual: <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> tiempo completo w / limitaciones <input type="checkbox"/> tiempo parcial w / limitaciones <input type="checkbox"/> no empleados actualmente <input type="checkbox"/> jubilado <input type="checkbox"/> discapacidad							
Raza:				Idioma principal:			
* A quien deberiamos agradecerle por esta referriencia? <input type="checkbox"/> oficina de los médicos, si es así, cual.: _____ <input type="checkbox"/> amigo / familia <input type="checkbox"/> compañía aseguradora <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> oficina de abogado _____ <input type="checkbox"/> otro: _____							
INFORMACION DE SEGURO MEDICO							
(Por favor entregue la tarjeta de seguro ala recepcionista.)							
Seguro:		Relacion al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa o Esposo <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Nombre del suscriptor:		SSN del suscriptor:	Fecha De Nacimiento:	# de Grupo.:	# de poliza.:	Co-pago: \$	
			/ /				
Seguro Secundario:		Relacion al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa o Esposo <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Suscriptor:		SSN del suscriptor:	Fecha De Nacimiento:	# de Grupo.:	# de poliza.:	Co-pago: \$	
			/ /				
EN CASO DE EMERGENCIA							
Nombre:			Relacion al paciente:		# de case:	# de trabajo	
					()	()	
PERMISO DE ASIGNACION Y LIBERACION DE INFORMACION DE SEGURO							
Yo certifico que tengo cobertura de seguro con _____ y asignar directamente al Dr. Benjamin Bieber / Dr. Debra Weinstock (circule uno) todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro. El médico nombrado arriba puede usar mi información de atención médica y puede revelar dicha información a la compañía de seguros antes mencionado y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.							
AUTORIZACION DE MEDICARE Y/O SECUNDARIO							
Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare y, si procede, los beneficios Medigap pueden hacer en mi nombre al Dr. Benjamin Bieber / Dr. Debra Weinstock (circule uno) por los servicios prestados a mí por ese proveedor. En la medida permitida por la ley, autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, mi aseguradora Medicap y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para servicios relacionados..							
FIRMA DEL BENEFICIARIO, TUTOR O REPRESENTANTE PERSONAL							
_____		_____		_____		_____	
Imprimir Nombre		Firma del Paciente o Responsable del partido		Relacion al Beneficiario(a)		Fecha	

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA **Confidencial (Continuado)**

condición	SI	NO	NOTAS
Fiebre recientes			
pérdida de peso			
infección			
Tipo de cáncer			
Enfermedad de la piel			
Pie de atleta			
psoriasis			
Cáncer de piel			
pérdida de audición, enfermedad del oído, enfermedad ocular, problemas de garganta			
Problemas de Corazón / trastornos vasculares			
ataque del corazón			
enfermedad del corazón			
Insuficiencia cardíaca congestiva			
Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, flebitis			
mala circulación			
Condiciones de la sangre			
Hipertensión			
Enfermedad vascular			
problemas respiratorios			
Asma, enfisema, tuberculosis bronquitis			
Problemas del estomago/ Intestinos			
úlceras hepáticas			
Colitis, enfermedad intestinal, enfermedad hepática, ictericia, hepatitis			
Problemas de Prostata			
problemas con los músculos, articulaciones, o huesos			
Artritis			
problemas de espalda			
problemas en el cuello			
problemas de hombro			
problemas en el codo			
problemas de la muñeca			
problemas de la cadera			
problemas de la rodilla			
problemas del tobillo			
problemas en los pies			
dolor en las articulaciones			
debilidad			
malestar			
Reumatología			
fibromialgia			
Gota			
Lupus			
Enfermedad de Lyme			

Firma

Fecha

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA **Confidencial**** (continuado)**

condición	SI	NO	NOTAS
polimialgia reumática			
polimiositis			
La artritis psoriásica			
Síndrome de Raynaud			
Esclerodermia			
Síndrome de Reitor			
Artritis reumatoide			
Enfermedad de ESTADÍA			
Estenosis espinal			
Problemas del sistema endocrino			
Diabetes			
problemas de la tiroides			
problemas en el páncreas			
problemas Neurología			
problemas de los nervios,Entumecimiento			
Neuropatía-Radiculopatía			
Derrame Cerebral			
Caminar inestable			
Caidas			
Camina con bastón o andador			
Los problemas psicológicos de depresión			

Enumere todas las operaciones:

Operación realizada Cuando Hospital Doctor

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

Compruebe si algún familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos) ha tenido alguna de las condiciones mencionadas a continuación:

Presión arterial alta: ____ Enfermedad renal: ____ Asma ____ Carrera: ____ Cáncer: ____
 Tendencias de sangrar ____ Tuberculosis: ____ incautación: ____ Colitis: ____ Gota: ____
 Enfisema: ____ Enfermedad del corazón: ____ Anemia: ____ Ulcers: ____ Enfermedad Mental: ____
 Diabetes: ____ otra enfermedades: _____

Historia de los signos vitales:

Presión Arterial _____ Fecha _____ Estatura _____ Fecha _____ Peso _____ Fecha _____

Por favor, indique la fecha y los resultados (si se conoce) del último:

X-Ray/ MRI: _____

Consentimiento de tratamiento:

Yo autorizo y doy mi permiso al médico (asistente del médico o el reemplazo designado) para administrar y llevar a cabo dichos procedimientos sobre mí como el médico lo considere necesario.

Firma del paciente, tutor o representante personal

X _____ **Fecha** _____

NUESTRA POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos al éxito de su tratamiento. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera como parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra poliza financiera, que le pedimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento.

Todos los pacientes deben completar nuestra información y la forma de seguro antes de ver al médico. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard y Discover.

En cuanto al seguro...

Aceptamos asignación del seguro en la mayoría de los planes. No se puede facturar a su seguro, a menos que usted nos de 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 del contrato. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, los servicios pueden ser servicios no cubiertos que no se consideran razonables y necesarios en el marco del Programa de Medicare y / u otro seguro médico. El saldo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no.

Tasas normales y razonables...

Nuestra oficina está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y nos cobran lo que es normal y habitual para nuestra zona. Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación arbitraria de una compañía de seguros de las tasas normales y habituales.

Pacientes adultos...

Los pacientes adultos son responsables por el pago completo al momento del servicio.

Los pacientes menores ...

El acompañante del menor y / o de los padres (o tutores del menor) son responsables por el pago completo. Para los menores no acompañados, se le negará el tratamiento no sea de emergencia a menos que se haya verificado el pago en efectivo o cheque al momento del servicio.

X _____
Firma del paciente o parte responsable

Fecha

X _____
Firma de la parte co-responsable

Fecha

FORMULARIO DE ACUERDO DE RECETA

El propósito de este convenio es proteger el acceso a sustancias controladas y proteger nuestra capacidad de prescribir para usted.

El uso a largo plazo de sustancias como los opiáceos (narcóticos, analgésicos), tranquilizantes y sedantes barbitúricos, benzodiazepinas es controversial debido a la incertidumbre sobre el grado en que se proporcionan los beneficios de largo plazo. También existe el riesgo de desarrollar un trastorno adictivo o de recaída se producen en una persona con una adicción antes. La magnitud del riesgo no es cierta.

Debido a que estos fármacos tienen potencial para el abuso o la desviación, la responsabilidad estricta es necesaria cuando el uso es prolongado. Por esta razón, las siguientes pólizas que se acuerden por usted, el paciente, como contraprestación por, y una condición de la buena voluntad del médico cuya firma aparece abajo para considerar la prescripción inicial o continua de una sustancia para tratar el dolor crónico.

1. Todas las sustancias controladas deben provenir del médico cuya firma aparece a continuación o, en su ausencia, por el médico que cubre, a menos que se obtenga una autorización específica para una excepción. (Fuentes múltiples pueden conducir a interacciones medicamentosas perjudiciales o una mala coordinación del tratamiento).
2. todas las sustancias controladas deben ser obtenidas en la misma farmacia, siempre que sea posible. Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, deberá informarse a nuestra oficina. La farmacia que usted prefiere es:
_____ Numero de teléfono: _____

3. Debe informar a nuestra oficina de nuevos medicamentos o condiciones médicas, y de cualquier efecto adverso que la experiencia de cualquiera de los medicamentos que usted toma.
4. El médico prescriptor tiene permiso para discutir todos los detalles del diagnóstico y el tratamiento con dispensador farmacéutico u otros profesionales que prestan sus cuidados de salud a los efectos de mantener la rendición de cuentas.
5. Usted no puede compartir, vender o permitir que otros tengan acceso a estos medicamentos.
6. Estos medicamentos no deben ser interrumpidos de manera abrupta, como un síndrome de abstinencia probablemente desarrollará.
7. Orina no anunciadas o exámenes toxicológicos en suero se pueden solicitar, y se requiere su cooperación. La presencia de sustancias no autorizadas puede pedirle referencia para la evaluación del trastorno adictivo.
8. Prescripciones y botellas de estos medicamentos pueden ser buscados por otros individuos con dependencia de sustancias químicas y deben ser estrechamente salvaguardados. Se espera que usted tomará el mayor grado posible de cuidado con su medicación y prescripción. No se debe dejar que otros pueden ver o de otra forma tener acceso a ellos.

X _____

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

