



Gracias por escoger Living Well Therapy, LLC. para sus necesidades de fisioterapia. Estamos aquí para servirle y nos esforzamos a proveerle el mejor servicio posible de fisioterapia.

Permítanos presentarle a nuestra clínica y al mismo tiempo explicar algunas cosas si es posible desde su primera cita. La gerente de la clínica se llama Sheree Vance. Sheree esta disponible para contestar sus preguntas sobre facturas y cobros a su seguro médico. Para su comodidad también puede enviar un email a info@livingwelltherapy.com si esto le parece más conveniente. Nuestro horario de la clínica es de lunes a jueves de 8am a 6pm en Bend y viernes con cita.

Al iniciar fisioterapia es común que los pacientes sean atendidos de dos a tres veces por semana después con menos frecuencia y menos tiempo en el cuidado directo de su terapeuta dependiendo de la recuperación del paciente. Típicamente las citas duran una hora, media hora de la cual, el paciente recibe cuidado personalizado y directo con el terapeuta y la otra media hora es supervisada en conjunto con otros pacientes en el área de tratamiento, sin embargo la primera cita generalmente dura más de una hora. Favor de avisarnos de la fecha y hora con una semana de anticipación de cualquier visita próxima con el nombre de la persona que lo refirió y así poder darle el mejor cuidado y poder dar una nota de su progreso a la persona o doctor que lo refirió. Nos esforzamos en respetar el horario y mantener al mínimo las interrupciones durante su visita, pero entendemos que a veces es necesario. Por ejemplo, el tomar una llamada importante de la clínica de un doctor es necesario para asegurar el mejor tratamiento de usted u otros de nuestros pacientes. Para proteger la confidencialidad del paciente, a los familiares no se les permite entrar en el área de tratamiento si hay otros pacientes que están recibiendo tratamiento.

Según su diagnostico y progreso, algunos artículos de equipo médico le pueden ser útiles y le pueden ayudar en su recuperación. Usted es libre de obtener este equipo médico donde desee o para comodidad del paciente nuestra clínica cuenta con estos artículos o se pueden ordenar para el paciente. Este tipo de equipo incluye poleas, cojines para el cuello y espalda, pelotas de ejercicio, bandas elásticas, herramientas para masaje, imanes, y una variedad de cremas y pomadas para el dolor. Si usted necesita uno de estos artículos debe pagarlo antes de irse de la clínica o cuando necesite una orden especial ya que estos artículos generalmente no los cubre los seguros médicos. Sin embargo, si no esta totalmente satisfecho, le pedimos que regrese los artículos en condición semi-nueva para que la clínica le devuelva su dinero de inmediato.

El costo de su visita puede variar, esto depende del tratamiento que usted necesite ese día. Para su comodidad nuestra clínica enviará el cobro a su compañía de seguros y contestará sus preguntas debido a que los planes de seguro médico pueden ser difíciles de entender. Si tenemos un “contrato” con su plan, usted es responsable del copago por su visita u otros costos de su bolsillo que deben ser pagados al momento del servicio. Hay también algunos planes de salud de “no-contrato” que requieren el pago en su totalidad por adelantado. Aceptamos Visa y MasterCard, y ofrecemos del 15% de descuento si los servicios son pagados el mismo día del servicio. Si tiene un crédito se le reembolsará al final de su tratamiento. Las compañías de seguro solo pagan por lo que ellos consideran típico o de costumbre y puede ser menos del costo de nuestra clínica u otra de nuestras clínicas. Si no tenemos contrato con su plan de seguro no se nos obliga a aceptar tal cantidad, por lo tanto el costo total del servicio se convierte en su responsabilidad. Si usted va a pagar en efectivo o gana poco dinero, tenemos un formulario de asistencia de que debe llenar para determinar si califica para servicios con descuento adicional. La cantidad debe ser pagada al momento del servicio. Nuestra clínica envía recibos de su cuenta una vez al mes. El recibo indica el costo del servicio, la cantidad que ha pagado usted o su seguro y el saldo que aun se debe.

Un ejemplo de esto es:

Si cobramos \$100.00 por un servicio y su compañía de seguros paga \$70.00 usted es responsable del saldo, \$30.00.

La evaluación inicial es de \$135.00 (Una evaluación es un requisito de la ley.)

Cualquier otro servicio cuesta entre \$25.00 a \$55.00 cada uno.

El primer servicio normalmente puede ser entre \$250.00 a \$350.00.

Tratamientos sucesivos varían entre \$50.00 a \$250.00.

Se la cobrara \$50.00 si usted no mostrar a su sita or darle un ariso de 24 horas.

Esperamos que esta información haya sido útil. Siéntase con toda libertad de llamar a Amy si tiene alguna pregunta. Deseamos servirle y creemos que usted estará satisfecho con el cuidado brindado. Por lo tanto, el mejor agradecimiento hacia nosotros que puede darnos es al referir a un amigo, un familiar, o un amigo del trabajo.

Iniciales del paciente _____ Fecha _____

LIVING WELL THERAPY, P.C.
Información del Paciente y Forma de Consentimiento

Apellido: _____ Seguro Social #: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Sexo: Ma Fem
Email: _____ Estado Civil: Sol Cas Div Viu
Tel casa: _____ Tel del trabajo: _____ Tel Celular: _____

Fecha de su lesión/inicio: _____ Relacionada a un accidente Si No
Parte/area lesionada: _____ Accidente de Auto Empleo Otro
Tipo de accidente: _____
Persona/grupo responsable: _____ Relación con la persona/grupo: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____

Nombre de su empresa: _____ Profesión: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Ciudad/Estado/CP: _____ Contacto: _____

Doctor de referencia: _____ Teléfono: _____

Nombre del seguro principal: _____ Nombre del asegurado: _____
Numero de grupo: _____ Domicilio: _____
Numero de identificación: _____ Ciudad/Estado/CP: _____
Relación con el asegurado: _____ Teléfono: _____

Nombre del seguro Secundario: _____ Nombre del asegurado: _____
Numero de grupo: _____ Domicilio: _____
Numero de identificación: _____ Ciudad/Estado/CP: _____
Relación con el asegurado: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia notifique a: _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró de nuestra clínica?

¿Ha recibido algún tipo de terapia previa ya sea física, ocupacional o para hablar o servicios de terapia en su hogar, durante el año actual del calendario? Si No Si es así, indique los servicios que recibió: _____

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO: Yo doy mi consentimiento para mi rehabilitación y servicios relacionados a *Living Well Therapy, PC*. Iniciales _____

RESPONSABILIDAD: Entiendo y estoy de acuerdo que *Living Well Therapy, PC* no se responsabiliza por perdida o daños a objetos personales de valor. Iniciales _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO: Por medio de la presente designo todos los beneficios directamente a ***Living Well Therapy, PC*** y autorizo que se les informe de cualquier expediente médico que sea necesario para procesar el pago. Entiendo totalmente que si por algún motivo mi compañía de seguros o la persona/parte responsable no hace el pago por los servicios que yo reciba, Yo seré responsable del pago: Iniciales: _____

AVISO DE PRIVACIDAD: Yo declaro haber recibido el Aviso de Practicas de Privacidad. Iniciales: _____

Yo entiendo que si tengo Seguro Medicare con una cobertura suplementaria y Medicare no envía el cobro automáticamente, que soy responsable de mi (20%) costo compartido al momento del servicio. Yo puedo entonces enviar el cobro a mi seguro suplementario para que se me reembolse. Iniciales _____

Yo entiendo que ***Living Well Therapy, PC*** cobra un interés del uno y medio (1 ½%) por mes en cuentas sin saldar mayores a los 30 días: Iniciales _____
Yo entiendo que ***Living Well Therapy, PC*** cobra un recargo de \$25.00 por cada recibo que se me envía solicitando pago después de 60 días. Iniciales _____

Yo certifico que toda la información proveída es verdadera y correcta:

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Living Well Therapy, PC
ENCUENTRO LESION / ENFERMEDAD

PACIENTE: _____
EDAD: _____
TITULO DE TRABAJO: _____
EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
CUAL ES LA NATURALEZA DE SU LESION: _____
FECHA DE SU LESIÓN: _____

Si usted contesta “si” a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor describa.

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿Ha tenido algún problema mayor de salud?	Si	No
¿Esta bajo tratamiento de un doctor en este momento?	Si	No
¿Ha tenido alguna cirugía?	Si	No
¿Ha sido hospitalizado?	Si	No
¿Ha tenido alguna lesión que requirió ver a un doctor?	Si	No
¿Algún problema de dormir?	Si	No

Si contesto que si, por favor describa:

MEDICAMENTO

¿Cuándo recibió su ultima vacuna del tétano? _____
¿Toma medicamentos? Si No
Nombre los medicamentos que toma: _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

¿Han tenido problemas médicos significativos sus abuelos, padres o hijos? Si No

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Fuma? Si No
Si es así _____ cigarrillos al día
_____ puros al día
_____ número de años

¿Usa usted otro tipo de tabaco? Si No
Si usa _____ sorber tabaco en polvo
_____ mastica tabaco
_____ número de años

¿Bebe bebidas alcohólicas? Si No
Si toma _____ cervezas al día
_____ vasos de vino al día
_____ bebidas preparadas

ALERGIAS

¿Tiene alergia a algún medicamento? Si No
Si es así, cual: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS:

¿Ha subido o bajado mucho de peso recientemente? Si No
Cuanto Subió _____ libras Perdió _____ libras

¿Ha tenido alguna infección del pecho en el mes pasado? Si No

¿Tiene problemas crónicos de los pulmones? Si No

¿Ha tenido fiebre, escalofríos o sudores al dormir en el mes pasado? Si No

¿En el mes pasado ha tenido algún salpullido que le duró mas de una semana?
_____ Si No

¿Ha tenido cáncer de la piel? Si No

¿Se le hacen moretones con facilidad? Si No

¿Tiene infecciones frecuentes en sus oídos? Si No

¿Le han dicho que tiene pérdida del oído? Si No

¿Ha tenido escurrimiento de sus oídos? Si No

¿Tiene infecciones frecuentes de sinusitis? Si No

¿Tiene problemas frecuentes con las anginas o dolor de garganta? Si No

¿Usa anteojos? Si No

¿Ha notado cambios de la vista recientemente? Si No

¿Tiene cataratas o glaucoma ? Si No

¿En el mes pasado ha tenido nausea o vomito? Si No

- ¿Tiene algún dolor de estomago? Si No
- ¿Algún medicamento le da malestar estomacal? Si No
- ¿Tiene algún dolor al orinar? Si No
- ¿Ha tenido piedras en el riñón? Si No
- ¿En el mes pasado ha tenido infección del riñón o la vejiga? Si No
- ¿Esta recibiendo tratamiento para la anemia? Si No
- ¿Le han dicho que tiene problemas con las glándulas linfáticas? Si No
- ¿Ha sentido que le falta aire para la respiración? Si No
- ¿Le ha dado tratamiento un doctor para el asma? Si No
- ¿Ha tenido dolores de pecho? Si No
- ¿Esta bajo tratamiento para la presión sanguínea alta o problemas del corazón? Si No
- ¿Ha tenido flebitis o coágulos de sangre en las venas de sus piernas? Si No
- ¿Le ha dicho un médico que tiene artritis? Si No
- ¿Ha tenido lesiones graves en sus coyunturas? Si No
- ¿Se ha roto algún hueso? Si No
- ¿Tiene más sed de lo normal o más de lo que cree que es normal? Si No
- ¿Tiene que orinar más de lo normal o más de lo que cree que es normal? Si No
- ¿Tiene frío o calor cuando otros no? Si No
- ¿Le han dado tratamiento para la depresión? Si No
- ¿Alguna vez ha tenido convulsiones? Si No
- ¿Ha tenido problemas con drogas o el alcohol? Si No
- ¿Tiene inflamaciones en la piel? Si No
- ¿Tiene fiebre del heno? Si No

¿Ha tenido adormecimiento o hormigueo? Si No

¿Ha tenido algún tipo de parálisis? Si No

¿Se despierta con dolores de cabeza? Si No

¿Tiene dificultad al respirar? Si No

COMENTARIOS:

Nombre del Terapeuta:

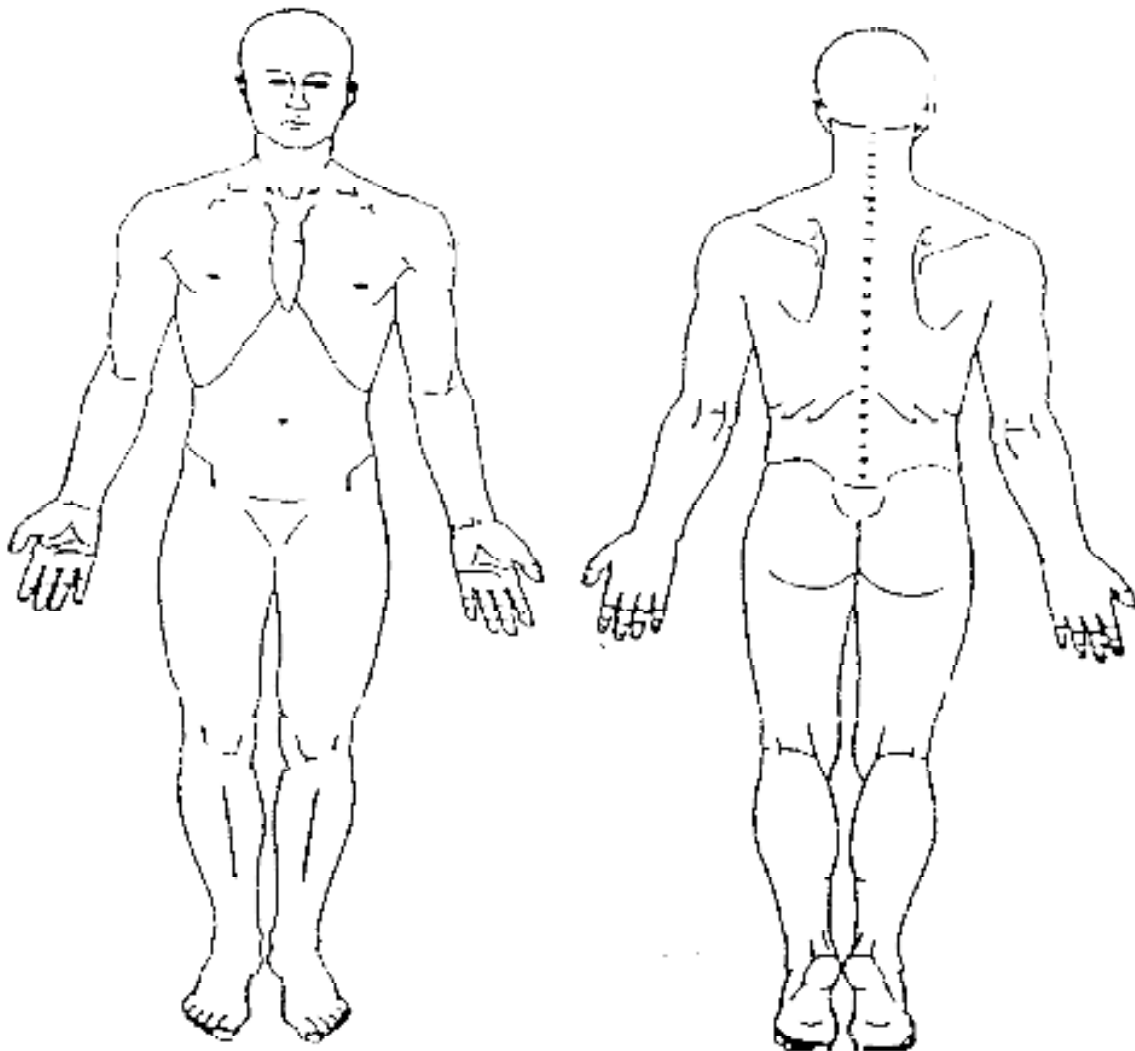
Firma del Terapeuta:

INSTRUCCIONES

Indique le lugar donde le duele y que tipo de dolor siente en este momento. Circule el “tipo” de dolor que esta sintiendo. No indique lugares con dolor que no sean relacionados con su lesión actual o condición actual.

CLAVE

Pulsante	Leve	Dolor leve constante
Disparado	Agudo	Piquetes/ de aguja
Ardiente	Hormigueo	Adormecido
Punzante	Cortante	



POLÍTICA DE LA EMPRESA PARA CANCELAR CITA Y EL NO PRESENTARSE

En Living Well Therapy es un orgullo hacer al paciente la prioridad número uno. Proveemos fisioterapia con atención personalizada y experiencia especializada, cuidado compasivo y ponemos prioridad para fijar las citas del paciente el tiempo que sea necesario para su tratamiento. Manejamos las citas del paciente con eficacia, y al tener esto en cuenta nos esforzamos en reducir cualquier tipo de retraso. Cuando se hace una cita para una sesión de fisioterapia, ese tiempo se aparta para ese paciente y su tratamiento. Pacientes que no se presentan a su cita o no notifican con 24 horas de anticipación, ocasiona que no podamos hacer otra cita para otro paciente que necesita de nuestros servicios que pudiese ocupar ese espacio. Al mismo tiempo entendemos que a veces hay circunstancias que el paciente no puede controlar.

Por eso iniciamos una regla de cobrar al paciente un recargo de \$25.00 si el paciente no se presenta o no llama para cancelar con un mínimo de 24 horas de anticipación. El recargo no es cubierto por ningún seguro médico ni plan de salud y es solamente la responsabilidad del paciente. Los pacientes deben pagar este recargo antes de su próxima cita. Si el paciente tiene un historial de tres veces “no presentarse” o “no llamar” esto puede resultar en despido y cancelación del tratamiento.

Le pedimos a usted su cooperación en este asunto.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

**AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO
ESTA CLÍNICA NO CUENTA CON UN CONTRATO CON SU SEGURO
MÉDICO:**

Al presentar mi tarjeta de seguro médico en la fecha de hoy _____, Se me ha hecho saber que en Living Well Therapy no cuenta con un contrato con mi plan de seguro médico. Por lo tanto, es mi decisión recibir servicios considerados “fuera de mi red de proveedores”. Se me ha explicado que porque Yo he decidido hacer esto, es posible que tenga un costo mas alto de mi copago normal, deducible, o que mi seguro médico posiblemente no cubra nada.

Yo me comunicaré con mi seguro médico para reunir información necesaria para estar bien informado sobre los servicios cubiertos y no cubiertos en mi tratamiento de fisioterapia. Estoy de acuerdo en pagar los costos contraídos por mí, los cuales podrían no ser cubiertos por mi seguro médico.

Firmado: _____ Fecha: _____
Gerente de Oficina: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

AVISO DE ADVERTENCIA AL BENEFICIARIO (*Advance Beneficiary Notice*)

AVISO: Usted necesita tomar una decisión si va recibir estos artículos o servicios de salud.

Es muy probable que su seguro médico no cubrirá la siguiente cosa(s) o servicio(s) que se describe abajo. El seguro médico no paga por todo el costo de su tratamiento. Su seguro médico solo paga por cosas y servicios cubiertos cuando se cumple con todo su reglamento. El hecho de que su seguro no paga por una cosa o servicio **no quiere decir** que usted debe quedarse sin recibirlo. Hay una muy buena razón porque se lo recomendó su doctor. En su caso en particular, creemos que **su seguro médico no cubrirá las siguientes cosas o servicios:**

Artículos o Servicios: LASER STEM ELÉCTRICO	*Paquete caliente/ frío es un servicio gratuito
Porque: UNA NECESIDAD MEDICA	

El propósito de esta forma es para ayudarle a tomar una decisión informada si usted desea recibir o no estos artículos o servicios, sabiendo que usted tendrá que pagar de su bolsillo y buscar un reembolso de su seguro médico. Antes de tomar esta decisión usted debe leer cuidadosamente este aviso por completo.

Pregúntenos cuanto le costará estos artículos o servicios. (Costo estimado es de \$25.00) en caso de que usted decida pagar de su bolsillo.

Opción 1: SI. Deseo recibir estos artículos o servicios. Entiendo que debo pagar por los artículos o servicios al momento del servicio y se me dará un recibo con el propósito de conseguir un reembolso de mi seguro médico.

Opción 2: NO. He decidido no recibir estos artículos o servicios.

Fecha: _____ Firma del paciente _____

Living Well Therapy, PC
541-312-2004
541-312-2056 (fax)

Autorización de Publicar Información

Esta autorización debe ser escrita, fechada, y firmada por el paciente o por una persona autorizada por la ley para dar esta autorización.

Yo, _____
Su nombre en letra de molde *Fecha de nacimiento*

Autorizo a Living Well Therapy, pedir o proveer una copia de mi expediente médico De o
Para: _____
Nombre de la institución, o persona a quien esta información será proveída

Domicilio

<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>
--------------	---------------	---------------	----------------------

La información será usada en mi propio beneficio para el siguiente propósito en específico:

Al escribir mis iniciales en los espacios de abajo, Yo autorizo específicamente la información sea publicada de los siguientes expedientes:

_____ El expediente médico completo (toda la información.) El recipiente arriba mencionado entiende que este expediente pudiera ser voluminoso y esta de acuerdo a pagar todos los costos razonables relacionados con proveer este expediente.

_____ Expediente médico necesario para la continuidad de cuidado.
_____ Historial de los últimos cinco años _____ Informe de laboratorio
_____ Notas del doctor en su expediente solamente _____ Informe de patología
_____ Informe o expediente del hospital _____ Radiografías de diagnóstico
_____ Declaración o factura de cuenta _____ Expediente de terapia física
_____ Otro _____

_____ Información sobre VIH/SIDA (Debe tener sus iniciales para que sea incluido en otros documentos.)

_____ Información sobre salud mental (Debe tener sus iniciales para que sea incluido en otros documentos.) _____ Información sobre alcohol / drogas (Debe tener sus iniciales para que sea incluido en otros documentos.) _____ Información genética (Debe tener sus iniciales para que sea incluido en otros documentos.)

Esta autorización se limita a los siguientes tratamientos y periodos de tiempo:

_____ *Por favor especifique las fechas de servicio, parte del cuerpo y tipo de lesión*

Firmado por _____
Paciente, o persona autorizada por la ley *relación al paciente*

Fecha _____

Esta autorización es válida por 180 días a partir de esta fecha y puede ser revocada en cualquier momento pero no en manera retroactiva a una publicación de información hecha de buena fe.