



***Si respondió sí a alguna de las siguientes preguntas, consulte a la recepcionista para obtener documentación alternativa (encierre en un círculo)***

***¿Su terapia es para una lesión relacionada con el trabajo? Sí / No***

***¿Es su terapia para una lesión por accidente automovilístico? Sí / No***

***¿Tiene un abogado/busca representación de un abogado con respecto a esta lesión? Sí / No***

---

**DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular/casa

si es menor, Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Médico que lo remitió: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

¿Para qué te estamos viendo? \_\_\_\_\_

***¿Ha recibido terapia/salud en el hogar de un proveedor diferente en los últimos dos meses? Sí / No***

**Brindamos recordatorios de citas de cortesía. Prefiere: TEXTO / LLAMADA TELEFÓNICA / CORREO ELECTRÓNICO**



**INFORMACIÓN DEL CUERPO:**

Estatura: \_\_\_' \_\_\_"

Peso: \_\_\_\_\_ libras

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

MÉDICO COMPAÑÍA PRINCIPAL DE SEGURO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del ASEGURADO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ SSN# DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ N.º

DE ID DE LA PÓLIZA : \_\_\_\_\_ N.º

DE GRUPO \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ N.º DE SSN DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ N.º

DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_ N.º

DE GRUPO \_\_\_\_\_

PAGO PROPIO/DE SU BOLSILLO

---



## **POR FAVOR REVISE LOS SIGUIENTES AVISOS:**

**AVISO DE PRIVACIDAD (HIPAA):** Entiendo que LVL Up Physical Therapy cumple con HIPAA y protegerá mi información médica protegida (PHI) y la usará según lo permita la ley en el tratamiento, la facturación y el cobro, relacionado con mi cuidado bajo el cual se cierra mi caso y se recibe el pago completo. Autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado con el fin de asegurar el pago bajo esta póliza de seguro o a cualquier Proveedor médico asociado con mi caso para tratarme de manera efectiva. Una fotocopia de la cesión se considerará tan válida como el original. Consulte el aviso adjunto de prácticas de privacidad. La firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por la presente autorizo al personal profesional de LVL Up Physical Therapy a examinarme y tratarme con fisioterapia por la lesión por la que me han remitido aquí o a la que me he remitido.

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO SHOW:** **Requerimos un aviso de 24 horas para cancelaciones. Hay un cargo de \$25 por citas no canceladas a tiempo y por citas perdidas. Es su responsabilidad pagar esta tarifa de cancelación, no estará cubierta por su embargo o caso de compensación laboral. Al firmar esto significa que ha leído y comprende nuestra política.**

**DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINAL:** **Seguro:** Como cortesía hacia mí, LVL Up Physical Therapy presentará reclamos a mi compañía de seguros, pero el pago del tratamiento es mi responsabilidad, ya sea que pague mi compañía de seguros. El pago estimado, el deducible y el coseguro o los copagos son **MI** responsabilidad y se deben a los servicios prestados. Si mi compañía de seguros solicita un reembolso de los pagos realizados, seré responsable de la cantidad de dinero reembolsada a mi compañía de seguros. Si se me hace algún pago directamente a mí por los servicios facturados por LVL Up Physical Therapy, es mi obligación enviar el pago de inmediato a LVL Up Physical Therapy. Entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía de seguros para verificar mis propios beneficios y estar al tanto de las limitaciones del contrato. Entiendo que la cantidad de mi deducible también debe ser satisfecha. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado de mi seguro médico.

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

**Para brindarle a usted y a otros pacientes en LVL Up Physical Therapy la mejor atención posible, se requiere un aviso mínimo de 24 horas para cancelar o reprogramar sus citas.**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo la importancia de notificar a LVL Up Physical Therapy al menos **24 horas antes de mi cita programada** que no puedo asistir a mi cita. Si tengo una emergencia, avisaré con la mayor antelación posible para evitar que me cobren el cargo de \$25 por "cancelación tardía". Entiendo que se me cobrará una tarifa de \$50 por no presentarme por no llamar y no presentarme a mi cita programada.

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo a LVL Up Physical Therapy, PLLC la autorización para cargar a mi tarjeta de crédito \$25 por cada sesión de terapia perdida en la que no se notifica con 24 horas de anticipación y \$50 por cada sesión de terapia perdida en la que no llamo ni me presento a la cita. Esta tarjeta de crédito también se utilizará para todas las tarifas que no se hayan pagado dentro de los 60 días (a menos que se hayan acordado otros arreglos de pago entre mi proveedor y yo). Se me proporcionará un recibo de todos los pagos a pedido. Esta tarjeta también se puede utilizar para el pago de servicios a mi solicitud (copago, deducibles y tarifas).

Entiendo que puedo revocar este acuerdo en cualquier momento mediante una solicitud por escrito. También soy consciente de que cuando los servicios de fisioterapia prestados por LVL Up Physical Therapy hayan terminado y todos los pagos se hayan completado, este formulario se triturará una vez que me den de alta y terminen los servicios.

Solicito que esta tarjeta se pueda utilizar para el pago de servicios (copago, deducibles, otros cargos de fisioterapia) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Firma del titular de la tarjeta del paciente (o padre/tutor):**

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

### USO DE LA OFICINA DEL PERSONAL ( PRESENTE SU TARJETA DE CRÉDITO AL PERSONAL DE LA OFICINA)

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de tarjeta : \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Código CVV: \_\_\_\_\_



## **ESTIMACIÓN DE BUENA FE**

**Propósito:** La estimación de buena fe tiene por objeto proporcionarle una estimación de los cargos que incurriré en LVL Up Fisioterapia. Los clientes sin seguro y que pagan por cuenta propia tienen derecho a estimaciones de buena fe a partir del 1 de enero de 2022 en virtud de la Ley sin sorpresas.

**Proveedores involucrados en su atención:**

- Dr. Evan Bishop, PT, DPT - NPI 1437589264
- Dr. Michaela Rowe, PT, DPT - NPI 1336875947
- Laureina Mathew, PTA - NPI 1174140305

**Estructura de tarifas clínicas:** Su tratamiento de fisioterapia incluirá una evaluación inicial y una combinación de tratamientos que pueden incluir terapia manual, ejercicio y entrenamiento físico. Si tiene alguna pregunta sobre su próxima cita, no dude en comunicarse antes de su visita.

El costo total de su atención incluirá la visita inicial, más cualquier visita de seguimiento, y se pagará sobre la marcha. Su primera sesión será una evaluación, que cuesta \$125, su décima sesión se considerará una reevaluación que cuesta \$125 y las visitas de seguimiento cuestan \$75 cada una.

Ejemplo de costo estimado:

- Cita inicial (evaluación): \$125
- Reevaluación: \$125
- Cita de seguimiento (según sea necesario): \$75

**Descargo de responsabilidad:** Esta estimación de buena fe muestra los costos de artículos y servicios que se esperan razonablemente según sus necesidades de atención médica. La estimación se basa en la información conocida en el momento en que se creó la estimación. No incluye ningún costo desconocido o inesperado que pueda surgir durante el tratamiento. Se le podría cobrar más si ocurren complicaciones o circunstancias especiales. Si esto sucede, la ley federal le permite disputar (apelar) la factura. Este Estimado de buena fe no es un contrato y no requiere que obtenga los servicios o artículos de los proveedores o instalaciones identificados en él. Tiene derecho a solicitar otra estimación de buena fe en cualquier momento durante el curso de su atención. Si los cargos de servicio facturados reales superan esta estimación en \$400 o más, entonces usted (el paciente) tiene derecho a disputar la factura. Comuníquese con nuestra oficina y hable con el departamento de facturación para resolver este asunto. Si los asuntos deben entrar en el proceso de disputa, usted (el paciente) tiene derecho a comunicarse con el proceso de resolución de disputas paciente-proveedor con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS). Si elige utilizar el proceso de resolución de disputas, debe iniciar el proceso de disputa dentro de los 120 días calendario (alrededor de 4 meses) a partir de la fecha de la factura original. Hay una tarifa de \$25 para usar el proceso de disputa. Si la agencia que revisa su disputa está de acuerdo con usted, deberá pagar el precio de esta estimación de buena fe. Si la agencia no está de acuerdo con usted y está de acuerdo con el proveedor o centro de atención médica, tendrá que pagar la cantidad más alta. Para preguntas o más información sobre su derecho a un Estimado de Buena Fe, visite [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) o llame al Servicio de Ayuda Sin Sorpresas al 1-800-985-3059

**Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_



## FORMULARIO OBLIGATORIO DE EXAMEN PREVIO DE COVID

1. ¿Tiene fiebre? Sí / No
2. ¿Tiene alguno de los siguientes signos o síntomas?

Dolor de garganta	Dificultad para tragar	Fatiga inexplicable
Goteo nasal/Estornudos	Disminución o pérdida del sentido del olfato	Diarrea
Congestión nasal	Escalofríos	Dolor abdominal
Voz ronca	Dolor	Náuseas/vómitos

3. ¿Ha viajado o ha tenido contacto cercano con alguien que haya viajado en los últimos 14 días que haya tenido COVID-19 positivo? Sí / No
4. ¿Ha tenido contacto cercano con alguna persona con enfermedad respiratoria o caso confirmado o probable/sospechoso de COVID-19? Sí / No
5. ¿Usó el EPP requerido y/o recomendado de acuerdo con el tipo de tareas que estaba realizando (por ejemplo, gafas, guantes, máscara y bata o N95 con procedimientos médicos que generan aerosoles cuando tuvo contacto cercano con un caso sospechoso o confirmado) de COVID-19?  
Sí / No

Doy mi consentimiento a sabiendas y de buena gana para que se complete la fisioterapia durante la pandemia de COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación durante el cual los portadores del virus pueden no mostrar síntomas y seguir siendo altamente contagioso. Es imposible determinar quién lo tiene y quién no dado el límite actual en las pruebas de virus.

- \_\_\_\_\_ (iniciales) Confirmando que no estoy presentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 enumerados anteriormente.
- \_\_\_\_\_ (iniciales) Confirmando que no he cuidado o estado en contacto con alguien diagnosticado con COVID-19.
- \_\_\_\_\_ (iniciales) Entiendo que viajar en avión aumenta significativamente mi riesgo de contraer y transmitir el virus COVID-19. Y los CDC recomienda distanciamiento social de al menos 6 pies por un período de 5 días a cualquier persona que haya estado o haya estado en contacto con COVID-19, y que esto no es posible con fisioterapia.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

POR LA PRESENTE AUTORIZO Y SOLICITO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) A LO SIGUIENTE. ESTE CONSENTIMIENTO AUTORIZA LA COMUNICACIÓN DE MI TRATAMIENTO, ATENCIÓN, FACTURACIÓN, PROGRAMACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS EN LO QUE ME CONCEDE, EL PACIENTE/TUTOR.

Nombre de la persona/instalación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona/instalación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona/instalación: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

LOS SIGUIENTES REGISTROS EN SU POSESIÓN CON RESPECTO A MI TRATAMIENTO EN:

- TODAS LAS FECHAS DE SERVICIO REALIZADO POR TERAPIA FÍSICA LVL UP
- TODAS LAS FECHAS DE SERVICIO DESPUÉS DE LA FECHA DE LA LESIÓN:

TODOS LOS REGISTROS DE FECHAS DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

[ ] **NO AUTORIZO QUE NINGUNA DE MI INFORMACIÓN SEA DIVULGADA A NADIE.**

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CON AGUJAS SECAS**

La punción seca (DN) es una técnica especializada realizada por un fisioterapeuta que usa agujas filiformes para penetrar la piel y/o el tejido subyacente para afectar el cambio en estructuras y funciones corporales, para la evaluación y el manejo de afecciones neuromusculoesqueléticas, dolor, movimiento, deterioro y discapacidad. Como cualquier tratamiento, existen posibles complicaciones. Si bien estas complicaciones ocurren con poca frecuencia, son reales y deben tenerse en cuenta antes de dar su consentimiento para el tratamiento con punción seca.

### **RIESGO DEL PROCEDIMIENTO**

El riesgo más grave asociado a la ND es la punción accidental de un pulmón (neumotórax). Si esto llegara a ocurrir, puede requerir una radiografía de tórax y ningún tratamiento adicional. Los síntomas de dificultad para respirar pueden durar varios días o semanas. Una punción pulmonar más grave, aunque rara, puede requerir hospitalización. Otros riesgos pueden incluir hematomas, infecciones o lesiones nerviosas. **Cabe señalar que los hematomas son una ocurrencia común y no deben ser una preocupación.** Las agujas de monofilamento son muy pequeñas y no tienen filo; la probabilidad de cualquier trauma tisular significativo por ND es poco probable. Hay otras condiciones que requieren consideración, así que responda las siguientes preguntas:

- ¿Está tomando anticoagulantes? **SI / NO**
- ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que esté embarazada? **SÍ / NO**
- ¿Conoce algún problema o tiene alguna preocupación con su sistema inmunológico? **SÍ / NO**
- ¿Tiene alguna enfermedad o infección conocida que pueda transmitirse a través de fluidos corporales? **SÍ / NO**

En caso afirmativo, indique

\_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:**

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento y doy fe de que no se han hecho garantías sobre el éxito de este procedimiento relacionado con mi condición. Soy consciente de que se pueden requerir varias sesiones de tratamiento, por lo que este consentimiento cubrirá este tratamiento, así como los tratamientos posteriores por parte de este centro. Todas mis preguntas relacionadas con este procedimiento y los posibles riesgos fueron respondidas satisfactoriamente. Mi firma a continuación representa mi consentimiento para la realización de la punción seca y mi consentimiento para cualquier medida necesaria para corregir las complicaciones que puedan surgir. Soy consciente de que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo la realización de punción seca.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_