

Información del Paciente

(Por favor complete en su totalidad)



Nombre _____ Fecha _____
(Última) (Primera)

Dirección de envío _____ Fecha de Nacimiento _____

Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Correo Electrónico _____ Social Security # _____ - _____ - _____

Teléfono móvil _____ Teléfono de casa _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Empleadora Paciente _____ Teléfono _____

Dirección _____

Proveedor de Referencia _____

Es tu condición / Lesión como resultado de:

Accidente relacionado con el trabajo Si _____ No _____

Accidente Automovilístico Si _____ No _____

Otro accidente Si _____ No _____

Fecha de la lesion _____

Se el paciente es menor de edad, información de la parte responsable (garante):

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección de envío _____

Teléfono móvil _____

Entiendo y acepto que (independientemente del estado del seguro), soy responsable del saldo de mi cuenta por cualquier atención profesional brindada. Doy mi consentimiento para la terapia/tratamiento que voy a recibir o, en el caso de un menor, que recibirá mi hijo. He leído y completado la información anterior sobre mi caso a las compañías de seguros con el fin de realizar el pago de mi cuenta.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Garante (si es menor) _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor entregue su tarjeta de Seguro a la recepcionista.
Necesitaremos hacer una copia para nuestros registros.



Seguro Primario _____

Identificación # _____ **Grupo #** _____

Nombre del Suscriptor _____

Fecha de Nacimiento _____

Seguro Secundario _____

Identificación # _____ **Grupo #** _____

Nombre del Suscriptor _____

Fecha de Nacimiento _____

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SÓLO SI ESTE ES UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN LABORAL

Asistencia De Compensación Laboral _____

Dirección del Transportista _____

Teléfono del Operador # _____

Nombre del Ajustador _____

Nombre del Empleado _____

Dirección del empleado _____

Teléfono del empleador # _____

Fecha de la Lesion _____ **Reclamación #** _____

Asignación de Beneficios

Autorizo a mi compañía de seguros, HMO, empleador o Medicare a pagar los beneficios de Combined Therapy Specialties of Asheville, Inc. pagaderos según mi póliza como pago de los cargos por los servicios profesionales prestados. Una fotocopia de esta cession se considerará tan eficaz y válida como el original.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

COMUNICADO DE INFORMACIÓN DE ESPECIALIDADES



Yo _____ doy mi consentimiento para que cualquier información relacionada con mi atención y tratamiento por parte de Combined Therapy Specialties sea divulgada a:

Nombre _____

Relación _____

Fecha de Nacimiento _____

Firma del Paciente _____

¿Ha sido atendido en otro lugar para recibir terapia en 2024? Si _____ No _____

¿Está recibiendo atención médica domiciliaria en este momento? Si _____ No _____

¿Es usted actualmente un paciente en un centro de vida asistida o en un centro de enfermería especializada? Si _____ No _____

RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso de practicas de privacidad en español disponible bajo petición.

Me han informado sobre el Aviso de Prácticas de privacidad de Combined Therapy Specialties de Asheville y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha



CONSENTIMIENTO DE MENSAJERÍA

Respecto a mensajes de texto o correos electrónicos relacionados con citas de Combined Therapies Specialties of Asheville.

Es posible que nos comuniquemos con los pacientes de nuestra práctica, Combined Therapy Specialties, para recordarles las próximas citas o las citas perdidas.

La siguiente divulgación y consentimiento tiene el propósito de obtener permiso para ser contactado con respect a las citas, ya sea por mensaje de texto por teléfono celular o por correo electrónico.

Yo _____ doy me consentimiento para recibir mensajes a través de mensajes de texto o correo electrónico como recordatorios de citas o recordatorios de citas perdidas.

_____ **Prefiero recibir recordatorios de citas mediante mensajes de texto en mi teléfono celular.**

Teléfono Celular # _____

_____ **Prefiero recibir recordatorios de citas por correo electrónico.**

Correo Electrónico _____

Doy mi consentimiento para recibir llamadas/correos electrónicos de Combined Therapy Specialties con respect a mi atención médica y otros servicios, incluidos recordatorios de citas de que dichas comunicaciones pueden generarse mediante un sistema de marcación automática. También soy consciente de que puedo revocar este permiso en cualquier momento mediante notificación verbal o escrita. Entiendo que mi autorización es opcional y no es necesaria para recibir tratamiento de Combined Therapy Specialties.

Firma del Paciente

Fecha