



Formulario de admisión del paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ D.O.B. _____ M / F

Estado: Soltero / Casado / Viudo / Otro (Marque uno)

SSN: _____

Dirección / P.O. BOX _____

Ciudad estado _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____ Número de casa: _____

Email: _____

Estado del trabajo: Tiempo completo / Tiempo parcial / Modificado

Empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Ocupación: _____

Dirección del empleado: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____

Responsabilidad financiera (si el paciente es menor de edad): _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____



Formulario de admisión del paciente

Consentimiento para el tratamiento: por la presente certifico firmando a continuación, doy permiso a Crux Rehabilitation para realizar servicios de fisioterapia en mí o en mi hijo (si corresponde, incluso en ausencia del padre o tutor legal) según lo determine el fisioterapeuta y personal. Autorizo a Crux Rehabilitation a comunicarse con el médico remitente / la oficina de referencia y la persona de contacto de emergencia antes mencionada durante mi tratamiento o el de mi hijo.

Asignación de beneficios de seguro: Autorizo a Crux Rehabilitation a facturar directamente a mi compañía de seguros por la parte cubierta de los cargos y autorizo el pago de beneficios directamente a Crux Rehabilitation. Autorizo a Crux Rehabilitation a divulgar información médica u otra información necesaria para procesar este reclamo. Entiendo que en última instancia soy responsable de mis cargos de fisioterapia y acepto pagar mi deducible, mi coseguro o copago, y cualquier cargo que mi compañía de seguros no reembolse. Entiendo que soy responsable de conocer y cumplir con los requisitos de mi plan de seguro. Por la presente certifico firmando a continuación (ya sea como agente o paciente) que toda la información es verdadera a mi leal saber y entender y soy responsable de todos los cargos incurridos por estos servicios. Por la presente autorizo y asigno a Crux Rehabilitation todos los beneficios que surjan de cualquier tipo de seguro o pagador, lo que asegura la factura del paciente.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para Recordatorio de Cita:

Yo, _____ autorizo a Crux Rehabilitation a que me envíe recordatorios de citas a través de un mensaje de texto / correo electrónico / contestador automático como se proporciona en mi formulario de admisión.

Yo, _____ autorizo al personal de rehabilitación de Crux a comunicarse por correo electrónico, correo electrónico, contestador automático y / o mensaje de texto.

Firma: _____ Fecha: _____



Formulario de admisión del paciente

Política de cancelación / no presentación para la cita de fisioterapia en Crux Rehabilitation.

Entendemos que hay momentos en que debe perder una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para llamar para cancelar una cita, puede estar evitando que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Si una cita no se cancela con al menos **24 horas** de anticipación, las citas perdidas se anotarán como un **NO-SHOW Y SE COBRARÁ UNA TARIFA DE \$50 POR CITA PERDIDA**. Tenga en cuenta que un registro de un **NO-SHOW** puede afectar negativamente su caso. Póngase en contacto con su ajustador o abogado para más preguntas.

Reconozco que no cancelar una cita con al menos 24 horas de anticipación dará como resultado un **NO-SHOW Y UNA TARIFA DE \$50** a mi registro mientras asisto a Crux Rehabilitation.

_____ Por favor inicial

Si un paciente ha pasado 15 minutos de su hora programada, tendremos que reprogramar la cita.

_____ Por favor inicial

Reconozco que después de dos **NO-SHOWS**, me darán de alta de fisioterapia en Crux Rehabilitation.

_____ Por favor inicial

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____