



EXCEL REHAB & SPORTS
Physical, Occupational and Hand Therapy

La Primera Misión de un Paciente ... Hay Una Diferencia.TM

Excel Rehab & Sports

Registración Express del Paciente

Fecha de Hoy:

1. Información Personal

Por llene el formulario completo y legiblemente.

_____		_____		_____	Altura _____ LBS	Peso _____
Apellido	Nombre	Edad	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino		
_____		_____	_____	Código Postal _____		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal		
(_____) _____	(_____) _____	Correo electrónico (Importante) _____				
Teléfono de Casa		Celular				
_____ Por favor ponga sus iniciales y marque su método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico						
_____		(_____) _____	(si es menor) Nombre y Firma del Padre/Tutor _____			
Contacto de Emergencia		Teléfono				
Ocupación		Nombre del Empleador		Teléfono (_____) _____		
• Mi condición está relacionada: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Auto (Estado _____) <input type="checkbox"/> Otro _____						
# De Seguro Social _____		Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		
Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Actualmente Empleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado (___ Total o ___ Temporal) <input type="checkbox"/> Estudiante (___ M/T ___ T/C)						

Política de Llegar Tarde "10-minutos"

Llegar tarde más de 10 minutos requerirá reprogramar o esperar la próxima cita disponible. No hay garantías ya que las citas disponibles debido a cancelaciones son impredecibles. No permitimos la coincidencia en citas porque esto compromete inmerecidamente el cuidado de otro paciente.

Aviso con 24 horas de Anticipación/No presentarse a la cita es malo

Si desea cambiar o cancelar una cita, requerimos un aviso con un **mínimo de 24 horas de anticipación**. Cualquier cosa menos resultará en una **tarifa de \$ 10** aplicada a su cuenta. El aviso anticipado le permite a otra persona (quien lo necesite) tiempo para reservar en lugar de usted. Por favor sea cortés y responsable. No le cobramos el costo real de esa cita, sino una mera **tarifa de \$ 10**. No hacemos dinero con este cargo; solo sirve para disuadir a los cambios de última hora. Si no se presenta a una cita sin previo aviso, podemos cancelar todas las citas futuras y una **tarifa de \$ 10** aplicada a su cuenta. Puede volver a programar las citas nuevamente "por orden de llegada, primer servicio". Gracias.

Habrá una tarifa de \$ 35.00 en todos los cheques devueltos

Dificultades Financieras

Si tiene dificultades financieras y no puede pagar al momento del servicio, tenemos una opción de plan de pago para aquellos que puedan necesitar ayuda. Pregunte a nuestra oficina de Servicios Financieros para asistencia.

Notificación Importante del Gobierno Federal:

"Es ilegal evitar de manera rutinaria el pago de su copago, deducible o coseguro. . . incluso si su doctor lo permite. A menos que complete un formulario de "Dificultad Financiera" y califique para asistencia financiera bajo las Normas Federales, usted NO puede evadir rutinariamente el pago de sus porciones de responsabilidad por la atención médica como se describe en su plan de seguro, incluso si su doctor lo permite. Ambos pueden ser acusados por infringir la ley. Esto incluye servicios considerados como "cortesía profesional" TWIP's - Tome lo que paga el seguro". El incumplimiento lo coloca en violación de las siguientes leyes: Ley Federal de Reclamos Falsos, Estatuto Federal Anti soborno, Leyes de Fraude de Seguros Federales, Leyes de Fraude de Seguros del Estado. El incumplimiento puede resultar en penalidades monetarias civiles (CMP) de acuerdo con la nueva disposición, sección 1128 A(a)(5) de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 [sección 231(h) de HIPAA]. Casos excepcionales si aplican. Por favor, consulte la información de contacto para más información. Oficina del Inspector General, Departamento de Salud y Servicios Humanos. Contacto por teléfono: 202 619-1343, por fax: 202 260-8512, por correo electrónico: paffairs@oig.hhs.gov, por correo: Oficina del Inspector General, Oficina de Asuntos Públicos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Sala 5541 Cohen Building, 333 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, Joel Schaer, Oficina del Consejo del Inspector General, 202 619-0089. "

Dispositivo (s)

personal (es) El uso de su teléfono personal u otro (s) dispositivo (s) mientras se encuentre en las instalaciones será bajo su propio riesgo. Excel Rehab & Sports, ni su personal serán responsables del daño o pérdida de dichos dispositivos.

¡Esperamos construir una relación con usted que dure toda la vida!

Leí y verifique que toda la información es correcta y reciente. Firma

Asignación de Beneficio a Excel Rehab & Sports

Nombre del Paciente: _____

Seguro Principal

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza de Seguro: _____

Su relación al asegurado: Yo Padre Espos(a) Otro: _____

Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza de Seguro: _____

Su relación al asegurado: Yo Padre Espos(a) Otro: _____

Seguro Terciario

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Nombre del Seguro: _____ Número de Póliza de Seguro: _____

Su relación al asegurado: Yo Padre Espos(a) Otro: _____

Por la presente ordeno y dirijo a todas las compañías de seguros que paguen con cheque emitido y enviado a:

Excel Rehabilitation and Sports

501 Forest Lane, Suite A Clemson SC 29631 (864)-654-2001

Si mi/esta política actual prohíbe el pago directo al médico, por este medio también le ordeno y dirijo que haga el cheque a mí y **envíelo por correo a la dirección antes mencionada** para los beneficios de gastos médicos o profesionales permitidos, y de otro modo pagar bajo mi póliza de seguro actual como pago hacia los cargos totales para de los servicios profesionales prestados.

Esto es una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo esta póliza.

Este pago no excederá mi deuda con el asignado antes mencionado, y aceptó pagar, en una manera actual, cualquier saldo de dichos cargos de servicio profesional por encima de este pago de seguro.

(Marque una casilla y firme la parte inferior)

- Una fotocopia de esta Asignación se considerará tan efectiva y válida como el original.
- Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguro, ajustador o abogado involucrado en este caso con el propósito de procesar reclamos y asegurar pago de beneficios.
- Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros.
- Autorizo a Excel rehab para depositar cheques a mi nombre.
- Autorizo a Excel rehab a iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros por cualquier motivo en mi favor.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro.

Fecha _____ de _____, 20____. _____
Firma del Asegurado

Firma del Solicitante, si no es el Asegurado

Testigo

**CONSENTIMIENTO ESPECIAL Y LIMITADO
PARA EL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN O LA LIBERACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL**

Este consentimiento solo aplica a la atención brindada por Excel Rehabilitation and Sports Enhancement, LLC y otros proveedores puede requerir que complete un consentimiento por separado

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

___ Consiento y autorizo Excel Rehabilitation & Sports Enhancement, LLC, para tratar a mi dependiente y / o a mí.

Preferimos hablar directamente con cada paciente pero entendemos que otras personas o miembros de la familia pueden tener conocimiento y ayudar en su cuidado. No podemos discutir su cuidado o registros con otros, incluidos los cónyuges u otros miembros de la familia que viven con usted, a menos que estén en la siguiente lista

___ Autorizo a Excel Rehabilitation & Sports Enhancement, LLC, a divulgar información específica a continuación, de acuerdo con las leyes del Estado de Carolina del Sur, a la parte o partes identificadas a continuación

___ Autorizo a Excel Rehabilitation & Sports Enhancement, LLC, para analizar y divulgar información financiera, de acuerdo con las leyes del Estado de Carolina del Sur, a la parte o partes identificadas a continuación:

Nombre de la Persona: _____

Relación al Paciente: _____

Información para ser Divulgada/Obtenida

___ Restricciones a Movilidad del Paciente

___ Mi Plan (es) de tratamiento e Historial Medico

___ Necesidades y Arreglos de Transportación

Fechas del Servicio: ____/____/____ a ____/____/____ Historial Médico #: _____

El propósito de la divulgación de la información anterior es:

COMUNICACION / MENSAJES CONFIDENCIALES

Por favor apunte los números de teléfono donde podemos llamarle.

Casa _____ Trabajo _____ Celular _____ Otro _____

Una petición para regresar la llamada puede dejarse en la máquina contestadora o correo de voz (marque todo lo que aplica)

__ Casa __ Trabajo __ Celular __ NO autorizo

Por la presente, autorizo, permito y doy mi consentimiento para la divulgación y / o liberación de la información indicada anteriormente. Sin amenaza o medida totalmente coercitiva me indujo a firmar este formulario y por la presente renuncio a Excel Rehabilitation and Sports Enhancement, LLC de no demandar a Excel Rehabilitation and Sports Enhancement, LLC por cualquier reclamo que tenga o pueda tener en el futuro por la divulgación de esta información. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios. Puedo solicitar inspeccionar o copiar cualquier información revelada bajo esta autorización. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones de privacidad federal, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por esas reglamentaciones. Además entiendo que puedo revocar este consentimiento para la divulgación de información en cualquier momento, excepto cuando las acciones ya se hayan tomado sobre la base de esta liberación. Si no lo revoco antes, esta autorización expirará 6 meses después de la fecha especificada a continuación.

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Padre/Tutor/Designado por el Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Autoridad del Individuo Firmando por el Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

