

Access Rehab Centers

A Waterbury Hospital & Easter Seals Partnership in Physical Rehabilitation

HISTORIAL MEDICO

CONFIDENCIAL-PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnostico: _____

Enumere Medicamentos: _____

Alergias: _____

Por favor marque si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

	Si	No		Si	No		Si	No
Alta Presion			Ataque Cardiaco			Marca Paso		
Diabetes			Ataques epilecticos o Convulsiones			Enfermedad de Los Pulmones		
Derrame Cerebral			Artritis			Cancer		
Asma			Fracturas de Huesos			Mareos		
Dolor De Cabeza			Osteoporosis			Epilepsia		
Tuberculosis			HIV+/SIDA			Hepatitis		
Reemplazo Coyuntura			Implantes Metales			Problemas de la Vejiga		
Cuidado Psiquiatrico								

Otras Condiciones: _____

¿Recibe Usted Cuidado en casa ahora? Si No

¿ Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna operacion? Si No

Si Responde se, ¿porque y cuando? _____

¿Cual es la historia de su enfermedad presente? _____

¿Cual es la razon para esta evaluacion? _____

¿ Ha participado alguna vez en un programa de terapia fisica? Si No

¿ Ha participado alguna vez en un programa de terapia ocupacional? Si No

¿ Ha participado alguna vez en un programa de terapia de habla? Si No

Si responde si, ¿Donde y por cuanto tiempo? _____

Para Mujeres: ¿Puede estar embarazada ahora? Si No

Por favor, indique cualquier otra informacion que pueda ser usada por su terapeuta. _____

Firma: _____ Fecha: _____

Access Rehab Centers

A Waterbury Hospital & Easter Seals Partnership in Physical Rehabilitation

ACUERDO DE PACIENTE Y BENEFICIO DE SEGURO

Nombre del Paciente: _____ # de cuenta: _____ Fecha: _____

PERMISO PARA CUIDADO GENERAL: Yo por la presente consiento a diagnóstico y procedimientos de tratamiento que pueden ser realizados en mí durante mi visita en Access Rehab Centers. Estos procedimientos son proporcionados bajo la dirección de mi médico que se refiere y otros médicos implicaron en mi cuidado. Yo comprendo que Access Rehab Centers aceptará ocasionalmente que estudiantes de profesiones de terapia y que estos estudiantes pueden participar en observar atender bajo la dirección de un terapeuta licenciado.

AUTORIZACION PARA PAGOS DE BENEFICIOS: Yo por la presente asigno los beneficios para incluir al mayor seguro médico y privado o cualquier otro plan a Access Rehab Centers. Una fotocopia de esta tarea es de ser considerada tan valida como la original. Comprendo que soy financieramente responsable de todas las cargas no cubrido ni pagado por el seguro. Yo por la presente autorizo dicho apoderado para hacer publico toda la información necesaria para asegurar este pago. He sido informado de las polizas de Access Rehab Centers. Favor de notar: Los beneficios, si verbalmente citado por la compañía de seguro, no son considerados una garantía del pago. He proporcionado Access Rehab Centers con los seguros siguientes y yo comprendo que los beneficios citaron a ellos pueden incluir los beneficios ya utilizado por mí. Soy responsable de ser consciente de las limitaciones del beneficio de mi seguro.

Seguro Primario: _____

Beneficio: _____ Deducible: _____ Encontrado para el año: _____

Coaseguro: _____ Copay: _____

Seguro Secundario: _____

Beneficio: _____ Deducible: _____ Encontrado para el año: _____

Coaseguro: _____ Copay: _____

- Estoy de acuerdo que Access Rehab Centers facture mi seguro y recibir reembolsos/pagos.
- Estoy de acuerdo pagar todos los copays el mismo día o antes del día de servicio en la cantidad de \$ _____
- Yo pagare \$50 por visita hacia mi deducible de \$ _____
- Yo pagare \$10 por visita si mi coaseguro es 10% o \$20 por visita si es 20%.
- Cualquier pago en excesivo sera reintegrado inmediatamente.

- Autorizacion para usar mi tarjeta de credito/debito:
Nombre en la tarjeta: _____ ovv code _____

M/C o Visa# _____ Fecha de exp. _____

Yo autorizo Access Rehab Centers para usar la tarjeta de credito para pagar mis cargos despues de haber facturado al seguro, como son dictado por mi seguro despues de ajustes aplicables de seguro. Access Rehab Centers mandara recibos por correspondencia cuando cargas son hechas.

PETICION DE PAGO PARA MEDICARE/MEDICAID: Certifico que la información dada por mí solicita el pago bajo TVIII del Acto de Seguridad social es correcto. Autorizo a cualquier poseedor de médico u otra información sobre mí hacer publico a la Administración de la Seguridad Social, al Programa de Medicare/Medicaid, a sus intermediarios, o a organizacion profesional de revisión, cualquier informacion necesitado para este o un reclamo relacionado de Medicare/Medicaid. Autorizo el pago de beneficios ser hecho de mi parte.

INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD: Consiento al usar o la revelación de mi información protegida de la salud por Access Rehab Centers a cualquier persona o la organización para el propósito de llevar a cabo tratamiento, obteniendo el pago o realizando ciertas operaciones de asistencia sanitaria. La información protegida de la salud utilizado o revelado por Access Rehab Centers puede incluir VIH/AIDS información relacionada, psiquiátrico y otra información de la salud de conducta, y información de tratamiento de alcohol y drogas, siempre que tal información sean utilizados o son revelados de acuerdo con Connecticut y la ley Federal, que requieren que proporcione autorización específica. Comprendo que información con respecto a cómo Access Rehab Centers utilizarán y revelarán que mi información puede ser encontrada en Prácticas de Intimidad de de la Nota de Access Rehab Centers. Comprendo que ese consentimiento es efectivo mientras Access Rehab Centers mantienen mi información protegida de la salud.

FIRMANDO ABAJO, COMPRENDO Y RECONOZCO LO SIGUIENTE:

He leído y he comprendido este consentimiento y el reconocimiento.

Soy Autorizado a ejecutar esta forma y yo acepto sus términos.

Yo he recibido una copia de Access Rehab Centers Nota de Prácticas de Intimidad hoy o sobre una fecha más temprano del servicio.

La firma de paciente o Representante Legalmente Autorizado

Fecha de Hoy

La Relación de representante al Paciente

Testigo (representante de Access)

PARA USO DE ACCESS REHAB CENTERS SOLAMENTE: Un esfuerzo de buena fe fue hecho para proporcionar el paciente con la Rehabilitación de Acceso Centra Nota de Prácticas de Intimidad y la información contuvo en el Acuerdo Paciente, pero el paciente no receipt de firmó/reconoce porque _____.

Access Rehab Centers

El Hospital de Waterbury & Easter Seals en asociación para la rehabilitación física

REGLAS DE ASISTENCIA Y CANCELACIÓN

Por favor infórmenos si usted no puede asistir a su cita, denos por lo menos 24 horas de aviso, si es posible. Nosotros haremos lo posible por darle otra cita.

Si usted pierde dos (2) citas consecutivas ó tres citas en total, su nombre será eliminado de nuestras listas y su médico será informado. Usted necesitará un nuevo referido médico para continuar su tratamiento.

Si usted está en compensación por desempleo y falta a sus citas de terapia, su médico y su empleo seran informados.

Si usted está tarde para sus citas, su terapeuta lo verá tan pronto le sea posible.

Es esencial que usted asista a todas sus citas, para recibir el máximo beneficio de su terapia. El personal del Access Rehab Center desea brindarle el mejor tratamiento posible.

Muchas gracias por su cooperación.

He leído y entiendo las reglas de asistencia y cancelación de terapia.

Firma del paciente

Fecha

22 **Tompkins Street**
Waterbury, CT 06708
TI: (203) 419-0381

70G **Bennett Square**
Southbury, CT 06488
TI: (203) 267-4060

305 Church Street
Naugatuck, CT 06770
TI: (203) 723-4010

134 **Grandview Avenue**
Waterbury, CT 06708
TI: (203) 573-7130

715 **Lakewood Road**
Waterbury, CT 06704
TI: (203) 759-1122

Inside Waterbury Hospital
64 Robbins St., Waterbury
TI: (203) 573-6041

1625 Straits Turnpike
Middlebury, CT 06762
TI: (203) 598-0400

84 Oxford Road
Oxford, CT 06478
TI: (203) 881-0830

131 Main St., Suite 105B
Thomaston, CT 06787
TL: (860) 283-4700

2154 **East Main Street**
Waterbury, CT 06705
TI: (203) 575-0516