

Haciendo maravillas en la vida de los Niños

THE THERAPYWORKS

7608 E. 91st Street
Tulsa, OK 74133
ph 918.663.0606
fax 918.663.8754
www.therapyworkstulsa.com

INFORMACION DE PACIENTE

FECHA: _____

PACIENTE: _____ **FCH DE NACI (DOB):** _____

TERAPIAS QUE RECIBE: PT _____ OT _____ ST _____ DT _____

PERSONA RESPONSABLE: _____ **TEL DE CASA:** _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

Calle Ciudad Estado C.P.

Dirección Postal y Dirección para recibir facturas es la misma

DIRECCION DE FACTURACION _____

Ciudad Estado C.P.

NUMERO PRINCIPAL: _____ **SECUNDARIO:** _____

CEL DE MADRE O TUTORA: _____ **TEL DE TRABAJO:** _____

CEL DE PADRE O TUTOR: _____ **TEL DE TRABAJO:** _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

- Sí**, me gustaría recibir notificaciones por correo electrónico, incluyendo el boletín informativo de TherapyWorks, informes de próximos programas de recompensas para los pacientes, y eventos especiales.
(TherapyWorks mantendrá toda información confidencial y la información no será revelada a ningún proveedor externo.)
- No**, no me gustaría recibir notificaciones por correo electrónico por parte de TherapyWorks.

PEDIATRA: _____ **TELEFONO:** _____

NOMBRE DE MADRE O TUTORA: _____ **DOB:** _____

EMPLEADOR: _____ **SSN:** _____

NOMBRE DE PADRE O TUTOR: _____ **DOB:** _____

EMPLEADOR: _____ **SSN:** _____

SEGURO PRINCIPAL: _____ **SSN TITULAR DE LA POLIZA:** _____

NUMERO DE GRUPO: _____ **NUMERO DE ID:** _____

ASEGURADO: _____ **RELACION:** _____ **DOB:** _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ **SSN TITULAR DE LA POLIZA:** _____

NUMERO DE GRUPO: _____ **NUMERO DE ID:** _____

ASEGURADO: _____ **RELACION:** _____ **DOB:** _____

POR FAVOR DEJENOS HACER UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO(S)

FECHA: _____ **INICIALES:** _____

INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

Paciente: _____ **DOB:** _____
(Nombre Completo)

Padre/ Tutor: _____

Favor de listar todas las alergias:

COMIDA	MEDICAMENTOS

Alergia al Latex _____ **SI** _____ **NO**

Favor de listar todos los medicamentos:

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	FIRMA

Firma de Padre o Tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Nombre completo)

Por este medio autorizo que TherapyWorks, Inc. realice evaluación de terapia ocupacional, física, del habla y/o nutrición, que administren tratamiento terapeutico como sea recomendado en la evaluación inicial, proporcionar servicio clínico según se considere necesario por TherapyWorks, Inc. Yo entiendo que recibiré una explicación en términos comprensibles de la terapia recomendada para la persona mencionada arriba, incluyendo los posibles efectos secundarios asociados con el tratamiento.

Nombre de Padre/Tutor **Fecha**

Firma de Padre o Tutor **Fecha**

LIBERACION DE EVALUACIONES CONFIDENCIALES Y DE ARCHIVOS DE TRATAMIENTO DE Y HACIA THERAPYWORKS

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a las fuentes anteriores para liberar los informes médicos, quirúrgicos y / o registros psicológicos del paciente. Esta información se utilizará para la terapia ocupacional, terapia física, del habla y / o evaluación de terapia nutricional y el tratamiento. La información debe ser enviada a: **TherapyWorks, Inc.**, 7608 East 91st Street • Tulsa, OK 74133, Phone: (918) 663-0606, Fax: (918) 663-8754, E-mail nfo@therapyworkstulsa.com

_____ Primary PCP Doctor	_____ Phone number	
_____ Specialist	_____ Phone number	
_____ Please print full name	_____ Relationship	_____ Phone number
_____ Please print full name	_____ Relationship	_____ Phone number
_____ Please print full name	_____ Relationship	_____ Phone number
_____ Please print full name	_____ Relationship	_____ Phone number
_____ Please print full name	_____ Relationship	_____ Phone number
_____ Please print full name	_____ Relationship	_____ Phone number

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento de tratamiento o revisar esta publicación en cualquier momento mediante una solicitud por escrito, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada. Yo libero a TherapyWorks, Inc. de la responsabilidad de cualquier efecto de la liberación de mis registros médicos clínicos pueden tener sobre mí o por otros, tanto ahora como en el futuro. Yo personalmente acepto toda la responsabilidad por mi propia distribución e interpretación de la información médica contenida en el mismo y mantengo TherapyWorks, Inc. culpa de las conclusiones u opiniones extraídas sin conocimientos profesionales, la asistencia o la revisión.

Firma de Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Aceptación de Pago y Póliza de Seguros

Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Nombre completo)

Si usted no tiene cobertura de seguro, se espera el pago en su totalidad cuando se presten los servicios. Cuando usted paga en el momento del servicio, recibirá un descuento del 20% en los cargos facturados.

Si usted tiene cobertura de seguro, copagos y / o coaseguro, incluidos los montos deducibles, se deben cuando se prestan los servicios. TherapyWorks hace todo lo posible para verificar sus beneficios de seguro antes de la visita inicial. Su compañía de seguros no ofrece ninguna garantía de pago a nuestro llamado para verificar sus beneficios de seguro. Vamos a proceder a presentar cualquier reclamación con su compañía de seguros. Si hay problemas de seguros, le proporcionamos toda la documentación solicitada a su compañía de seguros y reclamaciones re-archivo si es necesario. Si, por alguna razón, su compañía de seguros se niega a pagar, usted será responsable del pago de todos los servicios destacados que han sido prestados.

Se requiere un aviso de cancelación de 24 horas. Si el aviso se recibe menos de 24 horas antes de su cita programada, una cuota de cancelación de \$ 25.00 será aplicado a su cuenta. Esta tarifa también se aplica a las citas perdidas, donde no se da aviso a nuestra oficina. Esta tarifa debe pagarse en su próxima visita antes de ver al terapeuta. Dos (2) no se presenta citas o cuatro (4) de los doce (12) citas canceladas resultarán en todas las citas futuras siendo retirados de la programación. En ese momento, tendrá que programar las citas de su hijo en una base de semana a semana.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, por favor no dude en preguntar

Responsabilidad Financiera del Paciente y Asignación de Beneficios

Por la presente autorizo TherapyWorks Inc. para proporcionar a mi compañía de seguros(s) o designe abogado, toda la información que dicha compañía aseguradora(s) o abogado pueden solicitar. Por la presente asigno TherapyWorks, Inc. todos los pagos que puedo recibir de la compañía de seguros de gastos médicos en relación con el servicio prestado, pero que no exceda de mi deuda a dicha clínica. Se entiende que los pagos recibidos de la compañía de seguros(s) por encima de los gastos incurridos, serán aplicados a mi cuenta como un crédito para usar contra la futura co-pagos o gastos de estancia.

Yo entiendo que soy totalmente responsable de TherapyWorks, Inc. para todos los cargos no cubiertos por la asignación de mi seguro. Ejemplos de artículos que no están cubiertos pueden incluir necesidad médica, retraso en el desarrollo, no elegible para la cobertura o los beneficios no cubiertos. El padre / tutor se le cobrará por los saldos pendientes en su cuenta después del seguro o bien ha hecho un pago y / o una decisión final sobre el estado de la reclamación abierta. Planes de pago están disponibles a través de nuestro departamento de facturación. En caso de falta de pago, entiendo que mi cuenta será entregado a una agencia de cobros para el procesamiento, lo que causará un daño irreparable a mi crédito.

He leído lo anterior y entiendo completamente mi responsabilidad por todo tratamiento recibido.

Firma de Padre o Tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(Nombre completo)

Una descripción completa de cómo se utiliza su información de salud protegida y revelada por TherapyWorks, Inc. está en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Este aviso se publica en nuestra página web (www.therapyworkstulsa.com) y copias están disponibles en la recepción si usted desea una copia para su uso personal.

Yo reconozco que he recibido información sobre las prácticas de privacidad de TherapyWorks.

Firma del padre o tutor

Fecha

Permiso de Fotografía / Videograbación

Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Nombre completo)

- No** autorizo TherapyWorks, Inc. para hacer fotografías, videos, películas o grabaciones de video de mi hijo.
- Por la presente autorizo TherapyWorks, Inc. para hacer fotografías, videos, películas o grabaciones de video de mi hijo.

Este permiso incluye lo siguiente:

Uso interno:

- Documentación del progreso, capacitación para padres, educación interna.

Uso externo:

- La investigación, la educación, la publicación, la literatura de la empresa, publicidad, o producción de sitios web
- Escenas de fondo durante la grabación o la fotografía a otros pacientes

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Llamada de Recordatorio

Nombre del Paciente: _____

Me gustaría recibir mensajes via:

- E-Mail: _____

ó

- Mensajes de Texto: (_____) _____ - _____

Compañía de Celular: T-Mobile AT&T Cricket Sprint US Cellular

Verizon Virgin Mobile Otro: _____