



PAUTAS DE PACIENTES

Bienvenidos y gracias por seleccionar a **The Jackson Clinics, LLC** para su cuidado de terapia física.

Nuestra misión es ofrecerle el cuidado de más alta calidad de manera cómoda, eficiente y segura. Debajo están anotadas algunas pautas para su revisión. Durante el tiempo que usted reciba servicios de nuestra organización, sientase en confianza de acercarse a cualquier miembro de nuestro equipo con preguntas si necesita cualquier información.

Deseándole buena salud,
The Jackson Clinics, LLC

- **Referidos de Cuidado Primario:** Por favor obtenga todos los formularios de referido necesarios (si es que son requeridos por su seguro primario) de su médico primario antes de su visita. Desafortunadamente, ningún paciente podrá ser atendido **sin** el referido apropiado.
- **“Co-Pays”:** Los “Co-pays” o pagos parciales deben ser pagados al momento que llegue el paciente. Se acepta efectivo, cheques y la mayoría de tarjetas de crédito o débito.
- **Servicios que no son cubiertos:** Suministros y equipo médico deben ser pagados al momento de recibir servicios.
- **Atuendo para Terapia Física:** Pantalones cortos y sudaderas con elástico a la cintura son ideales, especialmente si se va a tratar las extremidades inferiores. Ropa holgada es recomendada para el tratamiento de las extremidades superiores.
- **Tardanzas:** Por favor llámenos si va a llegar tarde. Las sesiones de terapia física serán abreviadas para los pacientes que lleguen de 10 a 15 minutos tarde. A los pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde se les puede pedir que cambien el horario de su cita. Obviamente, nosotros tratamos su tiempo con el mismo respeto- si estamos retrasados, su sesión se llevará a cabo en su totalidad.
- **Citas/Cancelaciones/Poliza de no asistencia:** Yo entiendo que terapia física ha sido recomendada para mí y que es un proceso que requiere de mi asistencia regular para que el tratamiento sea efectivo. Yo entiendo que si estoy tarde para mi cita, yo tendré la oportunidad de cambiar mi cita para otro día/hora o aceptar recibir un tratamiento abreviado ese mismo día. Yo entiendo que si cancelo o falto a tres citas acumuladas, The Jackson Clinics puede terminar mi tratamiento por no cumplir.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que The Jackson Clinics requiere notificación de 24 horas en avance si es que necesito cancelar mi cita. Si no notifico antes de 24 horas o no voy a mi cita, seré penalizado con un cobro de \$30 (la cual no está cubierta por mi seguro)

He leído y entendido la poliza de citas.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha



Que se Puede Esperar de La Terapia Física

Trabajamos en equipo. Usted sera evaluado por su terapeuta físico y en cada visita sera visto por este terapeuta por 30 minutos. Tambien sera visto por un asistente terapeuta físico licenciado, primordialmente para hacer los ejercicios que ordene su terapeuta fisico. Su sesion de tratamiento sera de 60 minutos, a veces más, a veces menos dependiendo de sus necesidades. Acuerdese que trabajamos como equipo: el terapeuta, el asistente y usted, el paciente. Su terapeuta es el responsable de determinar sus necesidades basadas en su evaluación.

El plan de cuidado. Su terapeuta físico determinara su plan de cuidado basado en su diagnostico, la evaluación detallada que este realice, y las recomendaciones de su médico. Esencialmente, el terapeuta hace cuatro cosas: *estira, fortalece, retiene funcionalmente y educa al paciente* de su condición y de lo que debe hacer en casa para superar el problema. Usted puede esperar una evaluación global. Nosotros lo vemos a usted como una máquina. En terapia nos gusta decir que “arreglamos la máquina más comleja”. Durante su examen el terapeuta busca las disfunciones de su máquina que pueden estar cintribuyendo a su condición dolorosa, y despues crea un plan para que la máquina corra normal nuevamente. Si su terapeuta o asistente esta fuera de la clínica por culaquier razón ya sea por enfermedad, educación continúa o vacaciones, haremos todo lo posible para tener un suplente y no se interrumpa su plan de cuidado. Entendemos que nuestros pacientes pueden encariñarse con su terapeuta pero puede estar seguro que si su terapeuta no se encuentra, la persona que lo suple esta licenciada , calificada y enterada de su plan de cuidado basado en su historial y la consulta con su terapeuta.

Ejercicio. El ejercicio es la esencia de todas nuestras intervenciones. Incluido en sus formularios hay un articulo de como tratar dolor de espalda baja. Dese cuenta que el ejercicio es la intervencion comun en todos los pacientes con dolor de espalda. Su terapeuta determina de su examen e historial que ejercicios son apropiados pero necesitamos de su ayuda. El ejercicio en el hogar es la piedra angular de nuestro tratamiento. Le daremos muchos ejercicios para hacer en casa y para recuperarse usted debe ser sumiso. Repetimos, si su terapeuta no esta, es esencial que usted continúe viniendo a sus citas, si no por otra razón, que sea para no interrumpir su programa de ejercicios.

CUIDADO DE SALUD – FORMULARIO DE REGISTRACION

(Por favor escriba en letra de imprenta y complete todas las secciones)

Fecha de hoy ____/____/____ Accidente de auto? Si No Medico Primario _____

Informacion del Paciente

Apellido		Nombre		Segundo Nombre		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.		Estado Civil (Circule uno)		
								Soltero/ Casado /Div /Sep/ Viudo		
Es este su nombre legal?		Si no, cual es su nombre legal?		(Nombre Anterior)		Fecha de Nacimiento		Edad		Sexo
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						/ /				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Direccion		Ciudad		Estado		Codigo Postal		Numero de Seguro Social		No. de Telefono del Hogar
										()
Cuando Empezo el Problema		Ocupacion		Patrono						No.de Telefono del Empleo
/ /										()
Escogio esta clinica porque/ fue referido a esta clinica por: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Dr _____ <input type="checkbox"/> Plan de Seguro										
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Cerca al Hogar/ Trabajo <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Otro _____										
Podemos comunicarnos con usted por correo electronico respecto a su horario de visitas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si direccion (email) _____										

Otro familiar que visite esta clinica? _____

IFORMACION DE PLAN DE SEGURO (POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

Esta el paciente cubierto por seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre del Seguro Primario			
Nombre del Abonado	#de Seguro Social	Fecha de Nacim.	# de Grupo	# de Poliza	Co-Payment
		/ /			\$
Relacion del paciente con el abonado <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____					
Nombre del Seguro Secundario (si aplica)		Nombre del Abonado		#de Grupo	#de Poliza
Persona Responsable del Pago	Fecha de Nacimiento	Direccion (si es diferente)			No.de Telefono
	/ /				()
Es esta persona paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					()
Ocupacion	Patrono	Direccion de Empleo			No. de Tel. de Empleo
					()
Relacion del paciente con el abonado? <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____					
Tiene usted un abogado a cargo de estos danos ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Nombre del Abogado: _____		Direccion: _____		No. de Tel. ()	

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un Familiar o Amigo cercano (que no vivan con usted)		Relacion con el Paciente	No. de Telefono	No. de Tel de Empleo
			()	()

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to *The Jackson Clinics, LLC*. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize *The Jackson Clinics, LLC* or insurance company to release any information required to process my claims.

x _____
Patient/Guardian Signature

Date

FORMULARIO HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Por favor complete toda la informacion requerida. Use el otro lado de la pagina si es necesario.

1. **Alguna vez a tenido:**

Presion Alta	NO	SI	Problemas de Respiracion	NO	SI
Problemas del Corazon	NO	SI	Fracturas	NO	SI
Problemas Circulatorios	NO	SI	Derrame Cerebral	NO	SI
Ataques	NO	SI	Artritis	NO	SI
Mareos	NO	SI	Acrofobia	NO	SI
Diabetes	NO	SI	Claustrofobia	NO	SI
Otras Enfermedades	NO	SI			

2. **Alguna vez ha tenido una cirugia?** NO SI

Fecha de operacion y resultado _____

3. **Tiene usted metal en alguna parte de su cuerpo (que no sea en sus dientes)?** NO SI

4. **Tiene usted un marca pazos?** NO SI

5. **(Mujeres Solamente) Esta usted embarazada?** NO SI

Fecha de su ultimo periodo? _____

6. **Anote los exámenes médicos que se haya hecho para esta condicion.**

7. **Anote cualquier alergia que tenga.**

8. **Anote todos los medicamentos que este tomando.**

9. **Ha recibido terapia física anteriormente?** NO SI En caso de que si, indique donde, cuando y para que problema. _____

10. **Describa brevemente la historia de su accidente o herida.**

11. **Por favor anote cualquier condicion medica presente o pasada que tenga o haya tenido.**

12. **Por favor anote previos accidentes o danos en el empleo.**

13. **Estado de Empleo:** Tiempo completo Medio tiempo No trabaja

Fecha

Firma

Si no es el paciente, indique su relacion (padre, tutor, otro)

POLÍTICA FINANCIERA

Le quisieramos agradecer por escoger The Jackson Clinics, LLC y permitirnos proveerles el cuidado de salud que necesita. La siguiente política ha sido aprobada por la gerencia con el proposito de proveerle el mejor cuidado y servicio a nuestros pacientes por el menor costo.

El cuidado proveido por estas facilidades sera administrado sin distinción de raza, color, credo, estado social, origen nacional, incapacidad o sexo.

Estamos comprometidos en brindarles el mejor cuidado. Para poder hacerlo, necesitamos su asistencia leyendo y comprendiendo las responsabilidades financieras.

RESPONSABILIDAD DE PAGO

Se espera que cada paciente (o persona responsable si el paciente es un menor de edad) que reciba servicio es responsable del pronto pago de los cargos incurridos. Aunque la clinica sometera los pagos al seguro medico como cortesía al paciente, este se hace ultimamente responsable del pago y esta de acuerdo en pagar las cuentas en los terminos en efecto en la clinica al momento presente.

COLECTAS AL MOMENTO DE SERVICIO

Se espera que el pago por servicio sea dado al momento que este se otorgue y servicios que no sean de emergencia pueden ser definidos hasta que se lleven a cabo los arreglos de pago necesarios.

Pagos seran aceptados en efectivo, cheques, y la mayoría de tarjetas de credito/debito. Para su conveniencia si por una razon su cheque es deshonorado o' retornado, nosotros progresaremos electronicamente su tarjeta de debito/credito por la cantidad del cheque mas \$50.00 de proceso.

Pacientes que no puedan cumplir con la política de pago seran referidos a la oficina administrativa para hacer los arreglos necesarios.

ACUERDOS PARA HACER PAGOS

La clinica hara un esfuerzo razonable para asistir a los pacientes en cumplir con sus obligaciones financieras. Arreglos financieros para hacer pagos se haran a la discreción de la clinica basado en la deuda del paciente y la habilidad de este de pagar de acuerdo a una solicitud de credito.

HORARIO DE VISITAS

Se hara todo lo posible para complacer al paciente dandole a este las citas en el horario que desee. Se le sugerira al paciente al momento de hacer las citas de la política de pago de la clinica como tambien un estimado del costo de la visita.

ACEPTACIÓN DE SEGUROS

La clínica aceptara los "Beneficios Asignados" de las polizas de seguros verificadas y sometera la cuenta de parte del paciente. Se sobreentiende que se sometera la cuenta como cortesía al paciente pero que esto no lo alivia de la responsabilidad financiera. Las reclamaciones sometidas se aplazaran por 45 dias en espera del pago. El paciente/garante sera responsable de la deuda en su totalidad de las reclamaciones que no se hayan pagado a tiempo.

VERIFICACIÓN DE SEGURO

Dado a la gran variedad de planes de seguros en efecto, la clinica verificara la cubierta del seguro, los deducibles y otros limites antes de aceptar pagos por servicios.

