Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC
225 East State St. Suite 12, Trenton NJ 08608
Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

Letter of Protection

The above mentioned patient's insurance carrier is denying authorization/payment for medically necessary physical therapy services. Upon signature of this letter, I will protect a lien in your favor for any outstanding balance, within the New Jersey fee schedule, for treatment rendered on this patients' account from the proceeds of this case at the time of settlement or judgment.

_____	_____	_____
Attorney's Signature	Name	Date

Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC
225 East State St. Suite 12, Trenton NJ 08608
Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

Formulario del Paciente Admitido

Informacion Personal
Nombre:_____ **Casada/o:___ Soltera/o**:___ Otro: _____

Dirección:_____ **Ciudad, Estado, Codigo Postal** _____

Numero de Telefono:_____ Numero de Cellular:_____

Fecha de Nacimiento:_____ Edad: _____

Medico Primario:_____ Numero de Telefono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: _____

La visita de hoy fue el resultado de un accidente de automóvil o del trabajo Si ____ No ____

Tiene un abogado?_____ Nombre:_____ Numero de telefono:_____

Como escucho de nosotros? Referido Medico:___Referido de Abogado ____ Amigo, Nombre:_____

Otra:_____

Información de Seguro
Abonado Primario:_____ ***Numero de Identificación***:_____
Poliza/Grupo #:_____ Numero **de Telefono**:_____ Fecha de Eff.:_____
Direccion de Seguro:_____
Nombre del Abonado:_____ **Fecha de Nacimiento**:_____ **Sex**: ____

Información de Seguro Adicional
Abonado de Seguro Secondario:_____ ***Identificación #***:_____
Poliza/Grupo #:_____ **Numero de Telefono**:_____ Fecha de Eff.:_____
Direccion de Seguro:_____

Nombre del Abonado:_____ **Fecha de Nacimiento**:_____ **Sex**: ____

Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC
225 East State St. Suite 12, Trenton NJ 08608
Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

Historia Medical Anterior

Nombre:_____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Puedes adjuntar documentos adicionales que tenga

Historia Medical Anterior: _____
_____
_____

Historia Anterior de Cirugia : _____
_____
_____

Medicamentos (favor de incluir vitaminas/supplementas): _____
_____+_____
_____

Allergias (incluye medicinas/plástico):_____
_____
_____

Favor de marcar los siguentes condiciones:

[ ] Diabetes
[ ] Osteoporosis
[ ] Enfermedades del corazon
[ ] Asthma
[ ] Epilepsia
[ ] Ataques Epilepticos
[ ] Stroke
[ ] Cancer
[ ] Blood clot
[ ] Hepatitis
[ ] Tendencia de Sangrar
[ ] Tendencia de sudar de noche
[ ] Pacemaker
[ ] Implantes de metal
[ ] Presion Alta
[ ] HIV/SIDA
[ ] Pulmonia
[ ] Cambios de peso

Firma del Paciente: _____

Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC
225 East State St. Suite 12, Trenton NJ 08608
Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

Consentimiento del Paciente

Nombre del Paciente:_____

Este formulario contiene información que usted debe saber sobre su tratamientos en Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC. Si hay alguna parte de este formulario que usted no entiende, favor de preguntar. A lo ultimo de este formulario hay un espacio para usted firmar su nombre para nosotros saber que usted entiende este documento y que esta de acuerdo con los servicios que recibes de nuestra oficina.
Los tratamientos que recibira en Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC contiene terapia fisica o entrenamiento personal . Nosotros vamos a trabajar con usted para diagnosticar y tratarlo. Usted tendra una terapista responsible para su cuidado. Evaluaciones, notas diarias y el formulario de su historia medical seran parte de sus documentos medical. Yo solicito y doy permiso para el tratamiento que recibira en Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC.

Nuestro honorarios son basado en el tiempo y el servicio. Los cargos para un tratamiento a otro pueden variar cuando necesario. Es importante que usted sepa que usted eres responsible para co-payments, co-insurances, y/o deductibles. Si usted recibe Medicare, es importante que sepas que Medicare solo paga 80% de los reclamos cubrido. Usted eres responsible para 20%. Nuestra oficina estara en contacto con su seguro para verificar su eligibilidad. Dependiendo en su cobertura, puede ser possible que tendremos que colectar dinero en el momento que recibas servicios o recibiras un factura.

Seguro/Medicare Autorización de Firma en Archivo

Yo pido que pagos de beneficios de seguro autorizados (ej. Medicare, Aetna, etc.) sean hecho en mi parte a Rita Amin, Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC, 225 East State St. Suite 11, Trenton, NJ 08608 para servicios dado a mi por mi proveador. Por lo demas, yo consento pagar todo honorarios en acuerdo con servicios proporcionado a mi abogado/medico y/o la compania de seguro/centros para Medicare y servicios de Medicaid y sus agents cualquier informacion necesaria para segurar el pago de los beneficios pagadero para servicios relacionado y autorizo el uso de esta firma en mi seguro sumiso. Reconozco que Medicaid no es aceptada en esta instalación. Yo consento que yo se la cobertura de mi seguro y soy responsible para cargos negado por mi seguro.

Firma del Paciente:_____ Fecha:_____

Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC
225 East State St. Suite 12, Trenton NJ 08608
Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

HIPAA Declaracion de Confidencialidad de Informacion de Salud del Paciente

Yo autorizo para usar o revelar información sanitaria/ de salud protegida a Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC para el proposito de diagnosticar o proveer tratamiento a mi, obteniendo pago para mis facturas de asistencia sanitaria o para conducir operaciones de asistencia sanitaria de Advance Spine and Pain Physical Therapy en acuerdo con las provisiones de privacidad segun el Acto de Seguro Medico Portatil y Responsabilidad de 1996 ("HIPAA"). Mi consento perdura hasta que ya no sea un paciente o hasta que yo haga el contrato nulo y sin efecto. Puedo revocar este contrato a cualquier tiempo por un aviso escrito. (Si decides revocar este contrato, sera efectiva cuando recibimos el aviso escrito, pero no aplica a ningun usos/revelaciones que ocurrio antes de ese tiempo).

Yo entiendo que mi diagnostico o tratamiento dado por Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC sera acondicionado segun mi consentimiento evidente por mi firma en este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir limitacion dependiendo en las proviciones de privacidad usada/revelada para poder tratar, facturas o operaciones de asistencia sanitaria de esta oficina. Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC no esta obligado a estar de acuerdo con las limitaciones que yo pide. Sin embargo, si Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC esta de acuerdo con una limitacion que yo pide, la limitacion es vinculante a Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier tiempo, salvo el grado al cual Advance Spine and Physical Therapy, LLC a tomado accion en dependencia con este consentimiento.

Mi "Informacion de Salud Protegido" tiene que decir informacion de salud, incluyendo a mi informacion demografico, colectado por mi y creado o recibido por mi medico, o otro proveedor de asistencia sanitaria, plano de salud, mi empleado o un centro de referencia de asistencia sanitaria. Esta informacion de salud protegida relaciona a mi pasado, presente, y futuro salud fisico o mental o condicion y me identifica, o hay un base razonable para creer que la informacion me identifica.

Yo entiendo que tengo el derecho para revisar a Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC's Aviso a Practica de Privacidad antes de firmar este documento. Yo entiendo que firmando este documento es voluntario. Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC's Aviso a Practica de Privacidad ha sido proporcionado a mi. El Aviso de Practica de Privacidad describe los usos y revelaciones de mi informacion de salud protegida que occuren en mi tratamiento, pago de factura o en el rendimiento de las operaciones de asistencia sanitaria de Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC. El Aviso de Practica de Privacidad describe mis derechos y responsabilidades de Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC con respeto a mi informacion de salud protegido.

Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC reserve el derecho a cambiar las practicas de privacidad que estan en el Aviso de Practica de Privacidad. Yo puedo obtener una copia de el Aviso de Practica de Privacidad por llamar a la oficina y pidir que me envien una copia revisada o preguntar en la proxima cita.

Firma Nombre Fechaha

Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC
225 East State St. Suite 12, Trenton NJ 08608
Tel: (609) 695-8100 Fax: (609) 695-8110 www.asappt.com

Formas Políticas

Por favor, tenga en cuenta que es SU responsabilidad a entender sus beneficios de seguro y no es nuestra responsabilidad de explicar a usted. Es nuestra responsabilidad de acuerdo con el estado de Nueva Jersey para recoger todas las cuotas debidas a la oficina incluyendo copagos, deducibles y coseguros. Las personas con el seguro Medicare y Medicaid son responsables de 20 por ciento de sus atencion medica. Por favor, asegúrese de que está bien informado acerca de su cobertura de salud específico.

Se necesitarán todos los co-pagos antes de comenzar la cita.

Si por alguna razón, usted debe un copago, coseguro, deducibles o otras comisiones a nuestra oficina y se le factura esta cantidad, se le dará 3 semanas para responder a la notificación de factura. Si tiene que ser puesto en un plan de pago, por favor póngase en contacto con nuestra oficina y no hacer pendiente de la factura. Facturas no pagadas después de 3 intentos irán a las colecciones. En este caso, usted será responsable de la factura inicial y cuotas asociadas.

Debido a la gran cantidad de personas que esperan citas en nuestro centro, pedimos a todos los pacientes que llamen y cancelen una cita que no pueden realizar al menos 24 horas antes de la cita programada. De lo contrario, se generará una tarifa de $ 10 por no presentarse. Para múltiples no-shows, cancelaciones o tardanzas, nos reservamos el derecho de suspender la terapia física.

Los pacientes recibirán un SMS automatizado, un mensaje telefónico automatizado y recordatorios por correo electrónico de citas u otros servicios. Háganos saber en la recepción si elige no recibir notificaciones.

Los estudios muestran que los pacientes que participan en su plan de terapia física, a han encontrado mejor resultados. No todos los pacientes están interesados en tomando estas decisiones. Nos gustaría saber cuál es su situación. Por favor marque los siguientes que mejor describen su preferencia:

- Prefiero hacer las decisiones de tratamiento por mi cuenta.
- Prefiero compartir las decisiones de tratamiento con la terapista.
- Prefiero dejar las decisiones a la terapista.

Reconozco las políticas de Advance Spine and Pain Physical Therapy y me comprometo a cumplir con estas directrices.

_____

Nombre del Paciente Fecha