

Print needed forms based on the page number either as PDF for electronic distribution or directly on the printer.

While printing specify which pages you want printed as listed below:

English:

Regular Insurance (HMO/PPO/Medicaid): Pages **2-6**

Medicare: Pages **2-7**

Auto: Pages **2-8**

Spanish

Regular Insurance (HMO/PPO/Medicaid): Pages **9-13**

Medicare: Pages **9-14**

Auto: Pages **9-15**

English Forms:

Patient Intake (English)....	Pg 2
Past Medical History (English)	Pg 3
Patient Consent (English)	Pg 4
HIPAA Confidentiality (English)	Pg 5
Policy (English)	Pg 6
Medicare Questionnaire	Pg 7
Auto Assignment	Pg 8

Spanish Forms

Patient Intake (Spanish)	Pg 9
Past Medical History (Spanish)	Pg 10
Patient Consent (Spanish)	Pg 11
HIPAA Confidentiality (Spanish)	Pg 12
Policy (Spanish)	Pg 13
Medicare Questionnaire (Spanish)	Pg 14
Auto Assignment (Spanish)	Pg 15

Free Health Assessment Form (English/Spanish) Pg 16



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

Patient Intake Form

Name: _____

☐ Male ☐ Female

Address: _____

City, State, Zip: _____

Cell #: _____

Email Address: _____

☐ Married ☐ Single

DOB: _____

Primary Care Physician: _____

Phone #: _____

Emergency Contact: _____

Phone #: _____

Was this injury a result of a work or auto accident? ☐ Yes ☐ No

Do you have a lawyer? (Y/N) _____ Name: _____ Phone # _____

Address: _____

How did you hear about us? (circle one) Agency Friend Doctor-Referral Lawyer-Referral Online

Name of referral (Agency/Friend/Dr/Lawyer or Website) _____

Primary Insurance Information - Please complete ONLY if different than patient information.

Insurance Company: _____ ID# _____

Group # _____

Subscriber's Name: _____ DOB: _____ Sex: _____

Relation: _____

Additional Insurance Information - Please complete ONLY if it is different from patient information.

Insurance Company: _____ ID# _____

Group # _____

Subscriber's Name: _____ DOB: _____ Sex: _____

Relation: _____



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

Past Medical History

Name: _____ Date: _____ Date of Birth: _____

Feel free to attach any additional documentation

Past Medical History: _____

Past Surgical History: _____

Medications (please include vitamins/supplements): _____

Allergies (include medicines/latex): _____

Please check any of the following if you have had them currently or in the past:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Stroke | ☐ Pacemaker |
| ☐ Osteoporosis | ☐ Cancer | ☐ Metal Implants |
| ☐ Heart disease | ☐ Blood clot | ☐ High Blood Pressure |
| ☐ Asthma | ☐ Hepatitis | ☐ HIV/AIDS |
| ☐ Epilepsy/Seizures | ☐ Bleeding tendency | ☐ Pneumonia |
| ☐ Night Sweats | ☐ Sudden unexplained weight changes | |

Patient Signature: _____



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

Patient Consent

Name of Patient: _____

Your healthcare at Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC will consist of physical therapy. We will work together with you to diagnose and treat you. You will have a therapist responsible for your care. Evaluations, daily notes and a medical history intake form will become part of your medical record. You will be informed of alternatives to treatment or return to your referring physician if PT is not appropriate for you. The benefits of physical therapy are relief of pain and increase in function. Risks, although rare, include increase of pain, decrease in function, joint injury, rash, scratches/bruises, burns, fracture/dislocation, heart attack, pulmonary embolism, concussion and rarely death. If there is any part of this form that is unclear, you may ask questions about it. I hereby request and consent to medical treatment to be given to me by Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC.

Our fees are time based or service based fees. Charges may vary from one treatment session to the next based on medical necessity. It is important for you to know you are responsible for co-payments, co-insurances and/or deductibles. If you are on Medicare, be advised that Medicare only pays 80% of a covered claim. You are responsible for the 20%. Our office staff will be contacting your insurance carrier to verify eligibility. Depending on your coverage, we may be collecting money at the time services are rendered or you may receive a bill from us.

Insurance Signature on File Authorization

I request that payment of authorized insurance (ie. Medicare, Aetna, etc.) benefits be made on my behalf to Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC, 225 East State St. Suite 12, Trenton, NJ 08608 for services furnished to me by the provider. Otherwise, I agree to pay all fees in accordance to the services provided to me. I authorize any holder of medical information about me to release to my lawyer/doctor and/or the insurance company/Centers for Medicare & Medicaid Services and its agents any information needed to secure the payment of these benefits or the benefits payable for related services and authorize the use of this signature on my insurance submission. I agree I know my own insurance coverage. I am responsible for charges denied by my insurance carrier.

Patient's Signature: _____

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

HIPAA Confidentiality of Patient Health Information Statement

I consent to the use or disclosure of my protected health information by Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC for the purpose of diagnosing or providing treatment to me, obtaining payment for my health care bills or to conduct health care operations of Advance Spine and Pain Physical Therapy in accordance with the privacy provisions under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"). My agreement shall survive until I am no longer a patient or until I revoke this agreement. I may revoke my consent at any time by written notice. (Your revocation will be effective when we receive it, but it will not apply to any uses/disclosures which occurred before that time).

I understand that diagnosis or treatment of me by Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC may be conditioned upon my consent as evidenced by my signature on this document.

I understand I have the right to request a restriction as to how my protected health information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations of the practice. Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC is not required to agree to the restrictions that I may request. However, if Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC agrees to a restriction that I request, the restriction is binding on Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC. I have the right to revoke this consent, in writing, at any time, except to the extent Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC has taken action in reliance to this consent.

My "Protected Health Information" means health information, including my demographic information, collected from me and created or received by my physician, another health care provider, a health plan, my employer or a health care clearinghouse. This protected health information relates to my past, present or future physical or mental health or condition and identifies me, or there is a reasonable basis to believe the information may identify me.

I understand I have the right to review Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC's Notice to Privacy Practices prior to signing this document. I understand that signing is voluntary. Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC's Notice to Privacy Practices has been provided to me. The Notice to Privacy Practices describes the types of uses and disclosures of my protected health information that will occur in my treatment, payment of my bills or in the performance of health care operations of Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC. The Notice of Privacy Practices also describes my rights and duties of Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC with respect to my protected health information.

Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC reserves the right to change the privacy practices that are described in the Notice of Privacy Practices. I may obtain a revised Notice of Privacy Practices by calling the office and requesting a revised copy be sent in the mail or asking for one at the time of my next appointment.

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

Policies Form

Please note it is YOUR responsibility to understand your insurance benefits and not our responsibility to explain it to you. It is our responsibility according to the State of New Jersey to collect all fees due to our office including copays, deductibles and coinsurances. Those with Medicare are responsible for 20% of their healthcare costs. Please make sure you are knowledgeable about your specific health coverage.

All copays will be required before initiation of your appointment.

If for any reason, you owe a copay, coinsurance, deductible or other fee to our office and are invoiced this amount, you will be given 3 weeks to respond to that invoice notification. If you need to be put on a payment plan, please contact our office and do not ignore the invoice. Unpaid invoices will go to collections. In this event, you be responsible for your initial invoice and associated collections fees.

Due to the high number of individuals waiting for appointments at our center, we ask all patients to call and cancel an appointment they cannot make at least 24 hours before the scheduled appointment. Failure to do so will result in a no-show fee of \$10. For multiple no-show, cancels or tardiness, we reserve the right to discontinue therapy.

Patients will receive an automated SMS, automated phone message and email reminders of appointments or other services. Please let us know at the front desk if you choose not to receive notifications.

Studies show patients who are involved in their physical therapy plan achieve better results. Not all patients are interested in making these decisions. We would like to know where you stand. Please circle the following that best describe your preference:

- I prefer to make the treatment decisions on my own.
- I prefer to share the treatment decisions with the therapist.
- I prefer to leave the decisions to the therapist.

I acknowledge the above set forth policies of Advance Spine and Pain Physical Therapy and agree to abide by these guidelines.

Patient 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

Medicare Questionnaire

Patient's Name: _____ Medicare #: _____

Legislation makes Medicare the secondary payor under certain circumstances. The following questions are designed to recognize those circumstances. This form will be retained in your folder for Medicare auditing purposes.

Do you have traditional Medicare () or Medicare HMO ()?

Questions	Yes	No
Was your illness/injury due to a WORK RELATED ACCIDENT/CONDITION and is it being covered by a WORKERS COMPENSATION plan or the FEDERAL BLACK LUNG PROGRAM?		
Was your illness/injury due to an AUTO or LIABILITY ACCIDENT?		
Is the patient EMPLOYED AND COVERED BY THE EMPLOYER'S HEALTH PLAN?		
Is the patient's SPOUSE EMPLOYED AND THE PATIENT IS COVERED BY THE SPOUSE'S EMPLOYER'S HEALTH PLAN?		
Is the patient ENTITLED TO BENEFITS SOLELY ON THE BASIS OF END STAGE RENAL DISEASE?		
Have you had Physical Therapy or Speech Therapy services already this year?		
Are you receiving currently home care for ANY services (home health aide, dressing changes, blood work, injections, medications, suture removal)?		

Patient's Certification: I certify that the information given by me in applying for payment under TITLE XVIII of the SOCIAL SECURITY ACT is correct.

Patient Signature

Date

Witness Signature



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

Auto Accident Assignment of Benefit

For consideration received, I assign to Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC, all my rights and interest in the medical expense benefits portion of the personal injury protection coverage in the automobile insurance policy or other insurance coverage involved. This assignment is given with respect to all treatment given by this office. By assigning these benefits, I have expressly agreed that the following rights are assigned to Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC.

1. The right to collect from the insurer the payment of all reasonable expenses with respect to the expense benefit listed above.
2. The right to file a lawsuit directly against the insurance company in the name of Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC, as assignee, and to designate an attorney of the choosing of the treating party for the purpose of filing said lawsuit in order to enforce payment of treatment expense benefits. I I will not be responsible for any fees or cost of such lawsuit.
3. I agree to fully cooperate with the assignee in the collection of the benefits claim from the insurance carrier, to include full cooperation with the attorney chosen by the assignee, the answering of any interrogatories, the appearance at any deposition, and the appearance at trial if required.

Name (Print)

Signature

Date

Voluntary Provider's Lien

I hereby provide an irrevocable lien to Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC, against any settlement, judgement, or verdict arising out of my accident for which treatment was provided. I agree never to rescind this document, and that a rescission will not be honored by my attorney. I further instruct in the event another attorney is substituted in this matter, the new attorney, upon notice shall honor this lien and deem same enforceable as if it were executed by him. Upon settlement, judgment or verdict, and prior to the disbursement of any funds to myself, I hereby direct my attorney to pay to Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC, any and all sums due and owing to this provider. Furthermore, I understand that I am primarily responsible to the provider for any and all treatment fees.

Signature

Date

Witness Signature



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, Código Postal** _____

Numero de Telefono: _____ **Numero de Celular:** _____

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.:** _____

Dirección de Seguro: _____

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

Información de Seguro Adicional

Abonado de Seguro Secundario: _____ **Identificación #:** _____

Poliza/Grupo #: _____ **Numero de Telefono:** _____ **Fecha de Eff.:** _____

Dirección 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/suplementas): _____
_____ + _____

Allergias (incluye medicinas/plástico): _____

Favor de marcar los siguientes condiciones:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Stroke | ☐ Pacemaker |
| ☐ Osteoporosis | ☐ Cancer | ☐ Implantes de metal |
| ☐ Enfermedades del corazon | ☐ Blood clot | ☐ Presion Alta |
| ☐ Asthma | ☐ Hepatitis | ☐ HIV/SIDA |
| ☐ Epilepsia | ☐ Tendencia de Sangrar | ☐ Pulmonia |
| ☐ Ataques Epilepticos | ☐ Tendencia de sudar
de noche | ☐ 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 terapeuta responsable 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 responsable 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 responsable para 20%. Nuestra oficina estara en contacto con su seguro para verificar su elegibilidad. 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 proveedor. 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 responsable 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 consentimiento 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 ocurren 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 pedir que me envíen una copia revisada o preguntar en la proxima cita.

Firma

Nombre

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

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 terapeuta.
- Prefiero dejar las decisiones a la terapeuta.

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

Nombre 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

Cuestionario de Medicare

Nombre del paciente: _____ Medicare #: _____

La legislación hace que Medicare sea el pagador secundario en ciertas circunstancias. Las siguientes preguntas están diseñadas para reconocer esas circunstancias. Este formulario se mantendrá en su carpeta para fines de auditoría de Medicare.

Tiene Medicare tradicional? () **or** Medicare HMO ()?

Preguntas	Sí	No
¿Su enfermedad o lesión se debió a un accidente / afección relacionada con el trabajo y está cubierta por un plan de Compensación de los trabajadores o por el Programa federal de pulmón negro?		
¿Su enfermedad / lesión se debió a un ACCIDENTE AUTOMÁTICO O DE RESPONSABILIDAD?		
¿El paciente está empleado y cubierto por el plan de salud del empleador?		
¿El cónyuge del paciente está empleado y el paciente está cubierto por el plan de salud del empleador del cónyuge?		
¿El paciente tiene derecho a los beneficios únicamente sobre la base de la enfermedad renal en etapa terminal?		
¿Ya tuvo servicios de Fisioterapia o Terapia del habla este año?		
¿Recibe actualmente atención domiciliaria para CUALQUIER servicio (asistente de salud en el hogar, cambios en el vendaje, análisis de sangre, inyecciones, medicamentos, extracción de suturas)?		

Patient's Certification: I certify that the information given by me in applying for payment under TITLE XVIII of the SOCIAL SECURITY ACT is correct.

Patient Signature

Date

Witness Signature



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

Auto Accident Assignment of Benefit

Para la consideración recibida, asigno a Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC, todos mis derechos e intereses en la porción de beneficios de gastos médicos de la cobertura de protección contra lesiones personales en la póliza de seguro de automóvil u otra cobertura de seguro involucrada. Esta asignación se otorga con respecto a todos los tratamientos brindados por esta oficina. Al asignar estos beneficios, he acordado expresamente que los siguientes derechos están asignados a Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC.

1. El derecho a cobrar al asegurador el pago de todos los gastos razonables con respecto al beneficio de gastos mencionado anteriormente.
2. El derecho a presentar una demanda directamente contra la compañía de seguros a nombre de Advance Spine y Pain Physical Therapy, LLC, como cesionario, y designar a un abogado de la elección de la parte que lo trate con el fin de presentar dicha demanda a fin de hacer cumplir pago de beneficios de gastos de tratamiento. No seré responsable de ninguna tarifa o costo de tal demanda.
3. Acepto cooperar completamente con el cesionario en la recopilación del reclamo de beneficios de la compañía de seguros, para incluir la cooperación total con el abogado elegido por el cesionario, la respuesta de cualquier interrogatorio, la aparición en cualquier deposición y la comparecencia en el juicio si necesario.

Nombre (Imprimir)

Firma

Fecha

Gravamen de proveedor voluntario

Por este medio, otorgo un derecho de retención irrevocable a Advance Spine y Pain Physical Therapy, LLC, en contra de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que surja de mi accidente para el cual se proporcionó el tratamiento. Estoy de acuerdo en no rescindir este documento, y que mi abogado no cumplirá con la rescisión. Además, doy instrucciones en el caso de que se sustituya a otro abogado en este asunto, el nuevo abogado, previo aviso deberá cumplir con este derecho de retención y considerarlo igual ejecutable como si fuera ejecutado por él. En el momento de la liquidación, sentencia o veredicto, y antes del desembolso de fondos para mí mismo, ordeno a mi abogado que pague a Advance Spine y Pain Physical Therapy, LLC, todas las sumas adeudadas y debidas a este proveedor. Además, entiendo que soy el principal responsable ante el proveedor de todas las tarifas de tratamiento.

Firma

Fecha

Firma de testigo (Witness Signature)



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

Free Health Assessment - Patient Consent (English)

Name of Patient: _____

Your healthcare at Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC will consist of physical therapy. We will work together with you to diagnose and treat you. You will have a therapist responsible for your care. Evaluations, daily notes and a medical history intake form will become part of your medical record. You will be informed of alternatives to treatment or return to your referring physician if PT is not appropriate for you. The benefits of physical therapy are relief of pain and increase in function. Risks, although rare, include increase of pain, decrease in function, joint injury, rash, scratches/bruises, burns, fracture/dislocation, heart attack, pulmonary embolism, concussion and rarely death. If there is any part of this form that is unclear, you may ask questions about it. I hereby request and consent to medical treatment to be given to me by Advance Spine and Pain Physical Therapy, LLC.

Patient's Signature: _____

Date: _____

If signed by any person other than patient, please specify relationship: _____

Free Health Assessment - Patient Consent (Spanish) **Evaluación de salud gratuita - 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 terapeuta responsable 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.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Si esta firmado por otra persona que no sea el paciente, favor de especificar la relacion: _____