

Bull City Physical Therapy

☎ (919) 797-9588

✉ pt@bullcitypt.com

🌐 bullcitypt.com

📍 1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



Consentimiento para tratar y acuerdo financiero

Nombre del paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: El cliente/tutor legal autoriza a Bull City Physical Therapy, LLC a administrar pruebas y/o tratamiento para el diagnóstico y la rehabilitación del paciente. El cliente/tutor legal acepta que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener de los servicios prestados. Por la presente libero a la organización ya cualquiera de sus empleados de cualquier responsabilidad en que pueda incurrir por cualquier pérdida o daño de los objetos de valor y objetos personales que he mantenido en mi poder durante la sesión de tratamiento.

ACUERDO DE PAGO: Acepto ser responsable y pagar a Bull City Physical Therapy, LLC en el momento del servicio por todos los servicios prestados en mi nombre. El pago vence en su totalidad al momento del servicio, a menos que el cliente y Bull City Physical Therapy, LLC acuerden lo contrario por escrito.

RECLAMOS: Entiendo que en caso de que se emprenda una acción de cobro por reclamos no pagados, todos los costos asociados con los cobros, incluidos los honorarios de abogados, correrán a cargo del cliente/tutor legal.

INTERPRETE: Entiendo que estoy obligado a proporcionar un intérprete si hay una barrera del idioma con mi proveedor. Mi proveedor no es responsable de la mala interpretación o información errónea que se reciba en caso de una barrera del idioma.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS: Por la presente autorizo a Bull City Physical Therapy, LLC, a su discreción, a divulgar registros y/o información médica a cualquier hospital, médico u otro servicio de atención médica que pueda asumir la atención continua del paciente o a otras personas/ organizaciones con el fin de obtener y/o mantener la licencia, acreditación o certificación en la medida prevista por la ley. Entiendo que Bull City Physical Therapy, LLC mantendrá mi privacidad en los más altos estándares y puede usar o divulgar mi información de salud personal con el fin de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento. o pago.

Firmado: _____ Fecha: _____

Padre/tutor legal: _____

Estamos comprometidos con usted y sus objetivos de atención médica. Tienes una responsabilidad financiera que te obliga a asegurar el pago completo de tu factura. Todos los pacientes deben completar y firmar todo el paquete de registro del paciente antes de ver al fisioterapeuta. Bull City Physical Therapy, LLC ha diseñado esta política financiera para evitar sorpresas al final del plan de tratamiento del paciente.

Bull City Physical Therapy

(919) 797-9588

pt@bullcitypt.com

bullcitypt.com

1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: El cliente/tutor legal autoriza a Bull City Physical Therapy, LLC a administrar pruebas y/o tratamiento para el diagnóstico y la rehabilitación del paciente. El cliente/tutor legal acepta que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener de los servicios prestados. Por la presente libero a la organización ya cualquiera de sus empleados de cualquier responsabilidad en que pueda incurrir por cualquier pérdida o daño de los objetos de valor y objetos personales que he mantenido en mi poder durante la sesión de tratamiento.

Copagos/Coseguro/Deducible: Es nuestra política cobrar los copagos en el momento del servicio. Los coseguros y deducibles se pagarán a una tarifa estimada basada en nuestro contrato con cada compañía de seguros individual, que se pagará en el momento de la visita. Una vez que se haya presentado el reclamo y se haya recibido la EOP (Explicación de pago) de la compañía de seguros, se liquidará con usted. Si tiene alguna inquietud con el pago, consulte al propietario. Es posible que se requiera un plan de pago con un número de tarjeta de crédito válido en el archivo antes de la visita si se necesita un plan de pago.

Garantía de Pago: Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Facturaremos su plan de seguro por usted, siempre y cuando nos proporcione la información correcta y actual. Su contrato dicta los servicios que están cubiertos y la cantidad de pago por esos servicios. En última instancia, usted es el responsable del pago de los servicios prestados. Como cortesía, verificaremos la elegibilidad de su seguro y los beneficios para la fisioterapia. Sin embargo, le recomendamos encarecidamente que se comunique directamente con su compañía de seguros para obtener esta información, ya que, en última instancia, es responsabilidad del paciente conocer y comprender los beneficios de su seguro.

Cambios en la cobertura del seguro: si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir su máximo de visitas y obtener referencias/autorizaciones para la visita. Es su responsabilidad notificarnos CUALQUIER cambio de seguro a medida que ocurra (por escrito). De lo contrario, es posible que se le facture a una tarifa de pago privado por visita de tratamiento. Vea abajo.

Problemas de pago: si surgen problemas financieros, comuníquese con nuestro departamento de facturación lo antes posible. Si una cuenta se atrasa, se tomarán las medidas necesarias, que pueden incluir la transferencia de la cuenta a nuestro abogado o servicio de cobranza. El abajo firmante entiende que él/ella o su agente es responsable de los cargos incurridos.

Seguro secundario: Como cortesía, facturaremos a su seguro secundario, pero requerimos todos los detalles del plan en el momento del servicio.

Pago privado/Opciones sin seguro: Tarifa de sesión de evaluación y seguimiento del tratamiento: \$149 por visita. Estas tarifas vencen en su TOTALIDAD en el momento de la visita. Entiendo que la codificación para la facturación del seguro no se proporciona con esta estructura de facturación ni se podrá agregar en ningún momento.

Reclamos de Compensación del Trabajador/Reclamos de Autoseguro: Requerimos autorización previa para todos los reclamos de Compensación del Trabajador. En última instancia, usted es responsable por el pago o los servicios prestados si se deniega su reclamo. Es su responsabilidad proporcionarnos toda la información necesaria para continuar con sus reclamos.

Cancelaciones: llame al *menos 24 horas antes* para reprogramar su cita. Si no se presenta a su visita o cancela dentro de las 24 horas, estará sujeto a una tarifa de \$100. Valoramos su tiempo y al cancelar en el último minuto o no presentarse, otro paciente que actualmente sufre de dolor puede perder la oportunidad de vernos.

Firmado: _____ Fecha: _____



Liberación de HIPAA y acuse de recibo de prácticas de privacidad

Entiendo que una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Bull City Physical Therapy está disponible a pedido. Solicite una copia si es necesario.

Privacidad:

Además de los descritos en la Política de privacidad, autorizo a Bull City Physical Therapy a discutir mi atención médica y la información de facturación con las siguientes personas que se enumeran a continuación:

Nombre completo y parentesco

Si la sección anterior se deja en blanco, está informando a Bull City Physical Therapy que usted es la única persona, además de las descritas en la Política de privacidad, para la cual se puede analizar su información de atención médica y facturación.

Firma: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Bull City Physical Therapy

☎ (919) 797-9588

✉ pt@bullcitypt.com

🌐 bullcitypt.com

📍 1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



CUESTIONARIO DEL PACIENTE COVID-19

Nombre: _____

Fecha: _____

Temperatura: _____

Para garantizar su seguridad, la seguridad de nuestros proveedores y la seguridad de otros pacientes en nuestro centro, tómese un momento para responder las siguientes preguntas. Gracias por su cooperación.

¿Ha viajado A CUALQUIER LUGAR en los últimos 14 días? S / N

¿Ha estado en contacto con alguien con COVID-19 CONFIRMADO en los últimos 14 días? S / N

¿Ha tenido fiebre, tos o dificultad para respirar en los últimos 14 días? S / N

¿Ha experimentado algún cambio o pérdida del gusto/olfato en los últimos 14 días? S / N

Firmado: _____ Fecha: _____

Padre/tutor legal: _____

Bull City Physical Therapy

☎ (919) 797-9588

✉ pt@bullcitypt.com

🌐 bullcitypt.com

📍 1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



Queja Principal / Cuestionario de Dolor

¿Qué te trae a fisioterapia?

¿Cuándo comenzó el dolor inicialmente? (Si tuvo cirugía, cuál es la fecha de la cirugía)

¿Dónde está localizado el dolor? (Indique la parte del cuerpo o región)

¿Qué incrementa su dolor?

¿Qué disminuye su dolor?

En este momento, ¿cómo calificaría su dolor en una escala del 0 al 10?

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Bull City Physical Therapy

(919) 797-9588

pt@bullcitypt.com

bullcitypt.com

1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



Política de Cancelación

Requerimos *al menos 24 horas de aviso previo a su cita* si necesita reprogramar. ***Si no se presenta a su cita o cancela dentro de 24 horas sera sujeto a una tarifa de \$50 a discreción del dueño.*** Valoramos su tiempo y al cancelar a ultimo momento o no presentarse, otro paciente que esta actualmente sufriendo de dolor perderá la oportunidad de recibir tratamiento.

Entendemos que reuniones de trabajo y circunstancias especiales pueden ocurrir, por lo que permitimos que cada paciente tenga 1 cancelación en un período de 24 horas.

Dada la pandemia actual, alentamos a los pacientes a que se comuniquen con nosotros en el momento en que comiencen a sentirse enfermos para que podamos monitorear sus síntomas y evitar la propagación de COVID-19. Si se despierta sintiéndose enfermo, le pedimos que nos llame de inmediato cuando comience a experimentar los síntomas.

Bull City PT se reserva el derecho de dar de alta a un paciente después de 3 ausencias o cancelaciones que no estén dentro del plazo de la póliza.

Esta política se implementó para ayudarle a lograr sus objetivos y para compensar a nuestro personal por su tiempo. Para que podamos permanecer uno a uno con cada paciente y evitar superposiciones, es necesario que tengamos esta política vigente. Valoramos nuestro modelo de atención y para que podamos permanecer en el negocio, esta política es necesaria.


Si tiene alguna pregunta, diríjala al propietario de la clínica, Colten Sullivan, a su conveniencia.

Nombre (Letra Molde)

Firma

Fecha

Bull City Physical Therapy

 (919) 797-9588

 pt@bullcitypt.com

 bullcitypt.com

 1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



Formulario de Pacientes

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre completo _____
Nombre Inicial Apellido Sufijo

Sexo M F Desconocido Fecha de nacimiento ____/____/____

Teléfono Principal Casa Móvil Trabajo Número telefónico _____

Correo Electrónico _____ Número de Seguro Social _____

Dirección 1 _____ Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Estado Civil _____ Apellido de soltera (maiden name) _____

¿De qué estado es su Licencia de Conducir? _____

Número de Licencia de conducir _____

DEMOGRAFICOS

Orientación Sexual _____ Identidad de género _____

Hispano/Latino? Si No Origen étnico _____

Declino especificar Raza _____

Lenguaje(s) _____

Bull City Physical Therapy

 (919) 797-9588

 pt@bullcitypt.com

 bullcitypt.com

 1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



CONTACTO DE EMERGENCIA

Relación al Contacto _____

Nombre Completo _____
Nombre Inicial Apellido

Teléfono Principal __ Casa __ Móvil __ Trabajo **Número de Teléfono** _____

Correo Electronico _____

Dirección 1 _____ Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Persona Responsable

¿Quién se responsabilizará económicamente de ti? ____ Yo mismo ____ Otra Persona
Si ha elegido "Otra persona", rellene lo siguiente:

Relación al contacto _____

Nombre Completo _____
Nombre Inicial Apellido

Teléfono Principal __ Casa __ Móvil __ Trabajo **Número de Teléfono** _____

Método de Pago

¿Cuál será su método de pago? ____ Seguro Médico ____ Pago por Cuenta Propia
Si ha elegido "Seguro Médico", rellene lo siguiente:

PÓLIZA DE SEGURO PRINCIPAL

Compañía de seguros _____ Número de póliza _____

Bull City Physical Therapy

☎ (919) 797-9588

✉ pt@bullcitypt.com

🌐 bullcitypt.com

📍 1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



Plan de seguros _____ Teléfono del seguro _____

Numero de Grupo _____

Dirección del Seguro 1 _____ Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el asegurado primario _____

Si no es el asegurado primario de la póliza, por favor complete lo siguiente:

Sexo ___ M ___ F ___ Unknown Fecha de Nacimiento ____/____/____

Teléfono Primario ___ Casa ___ Movil ___ Trabajo Número de Teléfono _____

Correo Electrónico _____ Número de Seguro Social _____

Dirección 1 _____ Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Si no puede facilitar los datos de su seguro, indique el motivo antes de continuar. _____

PÓLIZA DE SEGURO SECUNDARIA

Si no tiene un seguro secundario, puede dejarlo en blanco..

Compañía de seguros _____ Número de póliza _____

Plan de seguro _____ Teléfono del seguro _____

Numero de Grupo _____

Dirección del Seguro 1 _____ Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Bull City Physical Therapy

☎ (919) 797-9588

✉ pt@bullcitypt.com

🌐 bullcitypt.com

📍 1019 Broad Street, Durham, NC 27705
280 Towerview Court, Cary, NC 27513



Relación al Asegurado del Seguro Secundario _____

Si usted no es el asegurado principal de la póliza, rellene lo siguiente:

Sexo ___ M ___ F ___ Desconocido **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Teléfono Primario ___ Casa ___ Móvil ___ Trabajo **Número de Teléfono** _____

Correo Electrónico _____ **Número de Seguro Social** _____

Dirección 1 _____ **Dirección 2** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Indique sus farmacias preferidas por orden de preferencia

Nombre de la Farmacia	Dirección de la Farmacia

¿Cómo escuchó sobre nosotros? _____