

# Lincoln Orthopedic Physical Therapy (Terapia Física y Ortopédica de Lincoln)

¿Cómo se enteró sobre Lincoln Orthopedic Physical Therapy?

- |  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Antiguos pacientes, amigos, familia | <input type="checkbox"/> Médico  | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas                                |
| <input type="checkbox"/> Internet                            | <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Otros medios, <i>por favor especifique</i> _____ |

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre propio _____	_____	_____	_____
<small>Primer nombre</small>	<small>Segundo nombre</small>	<small>Apellido</small>	<small>Nombre que usa</small>

Dirección \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le refirió \_\_\_\_\_

Fecha en que se lastimó \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Patrón \_\_\_\_\_ Título del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Seguro primario** \_\_\_\_\_ Póliza del asegurado principal \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado principal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Patrón del asegurado \_\_\_\_\_

Número del grupo \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

**Seguro secundario** \_\_\_\_\_ Póliza del asegurado principal \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado principal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Patrón del asegurado \_\_\_\_\_

Número del grupo \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

¿Tiene usted Medicare?  Sí  No Número de Medicare \_\_\_\_\_

Nombre del esposo/a \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Relación con esa persona \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Lincoln Orthopedic Physical Therapy (Terapia Física y Ortopédica de Lincoln) continúa

Pariente o amigo cercano que no viva con usted \_\_\_\_\_

Relación con esa persona \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Las siguientes personas pueden contactar a Lincoln Orthopedic Physical Therapy de mi parte para discutir mi tratamiento y/o información de pago/ información de la aseguradora: \_\_\_\_\_

**Parte responsable por el pago:**  La misma información del paciente  Diferente del paciente, complete lo siguiente:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Es este reclamo cubierto por Compensación Laboral  Sí  No

o por la cobertura de Accidente de Tránsito?  Sí  No

¿Tiene usted un abogado que le está representando en este reclamo o reclamos anteriormente mencionados?  Sí  No

Nombre del abogado \_\_\_\_\_

Dirección del abogado \_\_\_\_\_ Número de oficina \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Seguro Privado**

Si usted posee un seguro que no tiene convenio con nosotros, le vamos a enviar directamente a la compañía la factura con el cobro, pero usted tendrá que seguir todos los pasos necesarios para que se le reembolse su dinero.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Iniciales del empleado \_\_\_\_\_

Por favor lea esta información y firme el documento siguiente

El pago tiene que hacerse en su totalidad cada mes que reciba el cobro. Todos los pagos que no se hagan dentro de los primeros 30 días después de la fecha en que se realizó el cobro serán considerados morosos. Yo comprendo y estoy de acuerdo (relacionado a mi estatus con mi seguro médico) que yo soy el/la último/a responsable del balance de mi cuenta por cualquier servicio dado y por cualquier cargo de acumulación de mis intereses.

Yo, el abajo firmante, por este medio asigno y autorizo a LINCOLN ORTHOPEDIC PHYSICAL THERAPY P.C., a hacer todos los reclamos, sobre los daños y las causas de acción por el surgimiento de cualquier accidente que ha creado en mí la necesidad de tener servicio de terapia física, de un balance no pagado a LINCOLN ORTHOPEDIC PHYSICAL THERAPY P.C. por los servicios de terapia física. Yo comprendo que esta concesión NO me libera de ninguna obligación de pago a LINCOLN ORTHOPEDIC PHYSICAL THERAPY P.C.

Yo certifico que la información que he dado es verdadera y correcta hasta en donde yo mejor lo entiendo. Yo le notificaré de cualquier cambio en el estado de mi salud o de la información personal que he dado.

Se me ha dado una copia de la Práctica Privada de Lincoln Orthopedic Physical Therapy.

Yo, el abajo firmante doy autorización para que se libere cualquier información necesaria para procesar este reclamo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cobertura de Medicare

Yo he sido informado/a sobre la cobertura y limitaciones de Medicare.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cobertura de Medicaid

Yo he sido informado/a sobre la cobertura y limitaciones de Medicaid

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Cuestionario secundario del paciente de Medicare

(Es requerido para todos los pacientes de Medicare)

SÍ

NO

1. ¿Es usted un veterano estadounidense de guerra?

a. ¿Le envió VA a nuestra oficina para recibir tratamiento?

b. ¿Tiene usted una identificación de ¿Base de Honorario? (fee basis)?

2. ¿Tiene usted una tarjeta Federal Pulmones Negros (Federal Black Lung card)?

3. ¿Está su condición médica relacionada a algún tipo de accidente?

Si la respuesta es sí, está relacionada a

Trabajo

Automovilístico

Accidente en casa

Otros \_\_\_\_\_

4. ¿Está usted cubierto a través de un plan de seguro médico de empleados por usted mismo o por medio de un miembro de la familia?  
(No incluye cobertura de pensionados o jubilados)

5. ¿Ha estado recientemente recibiendo o está recibiendo en este momento cuidados de salud en su casa por algún motivo?

Si la respuesta es sí, ¿con quién? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

6. ¿Ha estado recientemente recibiendo o está recibiendo en este momento terapia física con alguna otra compañía?

Si la respuesta es sí, ¿con quién? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Acuerdo sobre un Accidente Automovilístico y Seguro de Salud**

---

Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo comprendo que si la aseguradora de mi vehículo no empieza a hacer los pagos en mi cuenta después de 30 días de la fecha inicial de mi servicio, Lincoln Orthopedic Physical Therapy buscará la manera de cobrarle a mi seguro médico. Yo también comprendo que si la aseguradora de mi vehículo le paga a Lincoln Orthopedic Physical Therapy después de un período de 30 días, Lincoln Orthopedic Physical Therapy automáticamente reembolsará a mi aseguradora médica cualquier pago que haya hecho.

---

Iniciales del empleado

---

Iniciales del paciente

## Información sobre las reclamaciones de la Compensación Laboral

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de su lesión? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de inicio de la terapia física \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Se ha realizado algún reclamo por su lesión laboral?  Sí  No

¿Ha sido aceptado su reclamo por compensación laboral?  Sí  No Número de reclamo \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, por favor provéanos con la verificación de la información de la factura

Empleado, este reclamo es cobrado con \_\_\_\_\_

Persona en Recursos Humanos a contactar \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Información de Cobro de la Compensación Laboral

Compañía Aseguradora de la Compensación Laboral \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de oficina \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Persona encargada de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Información sobre las llamadas a la Compensación Laboral

*(Solamente para el Personal de la oficina)*

¿Existe un plan de cuidados involucrado?  Sí  No

(Persona a contactar/ número de teléfono)

Información RX \_\_\_\_\_ Doctor que le refirió \_\_\_\_\_

Frecuencia/ Duración \_\_\_\_\_ Parte del Cuerpo \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Accidente Automovilístico / Reclamación al Seguro Obligatorio**

Nosotros enviaremos directamente su factura (su cuenta) al seguro obligatorio siempre y cuando tengamos la siguiente información. **Usted** es responsable de hacer un seguimiento con la compañía aseguradora sobre el proceso del reclamo.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado \_\_\_\_\_

**Accidente Automovilístico / Reclamación al Seguro Obligatorio**

¿Está su condición médica relacionada a un accidente automovilístico?  Sí  No

¿Es este un reclamo al seguro obligatorio?  Sí  No

¿Cuál es la fecha del accidente automovilístico o de la lesión? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuál es su número de accidente automovilístico o reclamo de seguro obligatorio? \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía aseguradora responsable del pago \_\_\_\_\_

Persona responsable de la compañía a contactar (agente, perito, etc.) \_\_\_\_\_

Dirección de la Aseguradora \_\_\_\_\_ Número de oficina \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

**Información del abogado**

¿Tiene usted un abogado que le esté representando en el reclamo (s) listado(s) anteriormente?  Sí  No

Nombre del abogado \_\_\_\_\_

Dirección del abogado \_\_\_\_\_ Número de oficina \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_