



**THE
BODY
CENTER**

PHYSICAL THERAPY AND PILATES

REGISTRO DEL PACIENTE NUEVO

APELLIDO	NOMBRE	MI	FECHA DE NACIMIENTO / /	FECHA DE LA LESION	SEXO
DOMICILLO		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	AREA LESIONADA
					TELEFONO CELULAR
E-MAIL O TELEFONO PARA DEJAR MENSAJES (LETRA DE IMPRENTA)					
ASEGURANZA	NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO	
NOMBRE DEL MEDICO	DIRECCION DEL MEDICO			TELEFONO DEL MEDICO	

E INFORMACION DE CONTACTO MERGENCY O TUTOR LEGAL

APELLIDO	NOMBRE	MI
TELEFONO DE LA CASA	CELULAR	RELACION

DECLARACION RESPONSIBLE

COMO LA PARTE RESPONSIBLE, ESTOY DE ACUERDO QUE TODO LOS CARGOS QUE NO SON PAGADOS DIRECTAMENTS POR MI COMPAÑIA DE SEGUROS SERÁ MI RESPONSABILIDAD

NOMBRE DEL RESPONSIBLE	FIRMA DEL RESPONSIBLE X	FECHA DE HOY / /
------------------------	----------------------------	---------------------

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA/DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

POR ESTE MEDIO ASIGNA TODAS LAS PRESTACIONES MÉDICAS A LAS QUE TENGO DERECHO AL BODY CENTER, INC. EN CASO DE QUE PRESENTE SEGURO EN MI NOMBRE. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS SEAN O NO PAGADOS POR DICHO SEGURO. EN EL CASO DE QUE MI CUENTA SE CONVIERTE EN DELINCUENTE Y, POR TANTO, A FALTA DE PAGO, ACEPTO LA RESPONSABILIDAD POR EL DEBIDO IMPORTE DEL PRINCIPAL, ASÍ COMO TODOS LOS GASTOS RAZONABLES RELACIONADOS CON EL COBRO DE ESTA DEUDA. ESTO INCLUYE PERO NO ESTÁ LIMITADO A HONORARIOS POR SERVICIOS DE COBRANZA, HONORARIOS DE ABOGADOS, Y TODOS LOS GASTOS JUDICIALES Y HONORARIOS LEGALES ADDITOINAL ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN DE ESTA DEUDA. SE PODRÁN APLICAR INTERESES A UNA TASA DEL 1,5% MENSUAL (18% ANUAL) PARA LOS SALDOS PENDIENTES DE PAGO DE MÁS DE TREINTA DÍAS. SI EL REEMBOLSO SE REALIZA MEDIANTE OTRAS FUENTES DE PAGO, ES DECIR, DERECHOS DE RETENCIÓN DEL ABOGADO DEL ABOGADO, O SEGUROS DE TERCEROS, NEGOCIADO DESCUENTOS DE SEGURO NO SERÁ APLICABLE. PAGO TOTAL POR PROGRAMA DE TARIFAS DE LA CLÍNICA QUE SE ESPERA. POR ESTE MEDIO AUTORIZO DICHO CESIONARIO PARA DESCARGAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO DE DICHAS PRESTACIONES. UNA COPIA DE ESTA ASIGNACIÓN SERÁ CONSIDERADA TAN EFECTIVA Y VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.

POR ESTE MEDIO HAGO CONSENTIMIENTO A DICHO TRATAMIENTO POR EL PERSONAL AUTORIZADO AL BODY CENTER, INC. COMO PUEDE SER DICTADO POR LA PRÁCTICA PRUDENTE MEDICAL POR MI ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN. ESTE CONSENTIMIENTO ESTÁ PENSADO COMO UNA RENUNCIA A LA RESPONSABILIDAD POR TALES ACTOS TRATAMIENTO CON EXCEPCIÓN DE NEGLIGENCIA

FIRMA AUTORIZADA X	FECHA DE HOY / /
-----------------------	---------------------

THE BODY CENTER
INFORMACION PARA EL PACIENTE CONSENTIMIENTO

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE EL AVISO, THE BODY CENTER THERAPIA FISICA INFORMACIÓN PRÁCTICA. ENTIENDO QUE THE BODY CENTER PUEDE USAR O DIVULGAR MI INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD A LOS EFECTOS DE LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO, OBTENER PAGO, EVALUANDO LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO O EL PAGO. ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE RESTRINGIR CÓMO MI INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD ES UTILIZADA Y DIVULGADA PARA LAS OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ADMINISTRATIVAS AL BODY CENTER POR ESCRITO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE THE BODY CENTER EXAMINARÁ LAS SOLICITUDES DE RESTRICCIÓN SOBRE UNA BASE DE CASO POR CASO, PERO NO TIENE QUE ESTAR DE ACUERDO A LAS SOLICITUDES DE RESTRICCIONES.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL PARA PROPÓSITOS COMO SE INDICA EN EL BODY CENTER PHYSICAL THERAPY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN. ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO MEDIANTE NOTIFICACIÓN AL BODY CENTER POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO.

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

FECHA DE HOY

FIRMA DEL PACIENTE

HISTORIA MEDICA DE PACIENTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SALUD GENERAL:

SON USTED EN CUALQUIER DIETAS ESPECIALES RECETADOS POR SU MEDICO? Y N
HA BAJADO DE PESO SIN EXPLICACIÓN ESTE ULTIMO MES? Y N
HACE EJERCICIO REGULARMENTE? Y N
TIENE DIFICULTAD PARA DORMIR? Y N
TIENE EPISODIOS DE MAREO? Y N
TIENE DIFICULTAD PARA PASANDO LOS ALIMENTOS? Y N
HA NOTADO ALGUN BULTO O CRECIMIENTO DE LA PIEL? Y N

CIRUGIAS ANTERIORES/FECHAS DE: _____

FECHA DE ULTIMA TERAPIA FISICA: _____

FECHAS DE RADIOGRAFIAS/MRI/CT SCANS: _____

ALERGIAS MEDICAS: _____

MEDICAMENTOS? Y/N

DIFICULTADES/PROBLEMAS CON LA SIGUIENTE, RESPONDA Y OR N:

CABEZA		CORAZON		ALTA PRESSION		CAÑCER	
OJOS		PULMONES		ATOQUE DE CORAZON		DOLOR DE PECHO	
OIDOS		ULCERAS		VESTICULA		URINARIA INFECCIÓN	
NARIZ		ASMA		PASANDO SANGRE		POLIO	
GARGANTA		INTESTINOS		DIABETIS		DOLOR DE CABEZA	
RIÑONES		ARTRITIS		DERRAME CEREBRAL		ALERGIAS	
						EMBARAZADA	

AMBIENTE DE TRABAJO:

OCUPACION: _____

DE QUE CONSISTE SU TRABAJO: PERMANECE SENTADO _____ MUCHO TIEMPO DE PIE: _____

MARCHA PROLONGADA: _____ USO DEL EQUIPO GRANDE O PEQUEÑO: _____

LEVANTAR, AGACHARSE, ESCALADA, DAR VUELTAS, LLEGANDO: _____

OTROS: _____

UTILIZA ALGUNA SOPORTES ESPECIALES: COJIN PARA SU TRASERO: _____ COJIN PARA SU CUELLO: SOPORTE PARA LA ESPALDA _____

OTROS: _____

RAZON DE LA VISITA/MOTIVO DE CONSULTA:

FECHA DE DOLOR INICIAL : _____/_____/_____ RELACIONADO CON TRABAJO/AUTO: Y/N

FIRMA DEL PACIENTE : _____ FECHA: _____