



BIENVENIDO

Nos complace que haya seleccionado Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT) para sus necesidades de atención de rehabilitación y fisioterapia. Nuestro objetivo es aliviar su dolor y hacer que vuelva a funcionar en el menor tiempo posible, pero la fisioterapia es un proceso y, según su diagnóstico y estado actual, este proceso puede demorar unos días o unos meses. Háganos saber cómo podemos servirle mejor, ya que usted es la razón por la que se fundó Premier Physical Therapy & Sports Performance. Esperamos que disfrute de su tiempo con nosotros mientras nos dedicamos a ayudarlo a alcanzar su máximo potencial de recuperación.

Complete los formularios adjuntos de manera legible, precisa y completa. Esta información se mantendrá en estricta confidencialidad de acuerdo con todos los requisitos actuales de HIPAA y es esencial para garantizar su comprensión de nuestros procedimientos de facturación, nuestra determinación de su diagnóstico de fisioterapia y nuestro desarrollo de su plan de atención completo, individualizado y funcional. Tiene acceso a sus registros si lo solicita en cualquier momento (sujeto a las regulaciones de retención de registros). Necesitaremos de cinco a diez días hábiles para cumplir con cualquier solicitud de registros.

EL EQUIPO DE FISIOTERAPIA DE PRIMER NIVEL

Terapia física y rendimiento deportivo de primer nivel

En asociación con Fallon Physical Therapy

Acuerdo de compromiso

Todos nosotros en Premier Physical Therapy & Sports Performance estamos dedicados a brindarle atención de alta calidad y estamos entusiasmados con la oportunidad de ayudarlo con su recuperación. La educación y la experiencia permiten a nuestros terapeutas ser sensibles a sus necesidades y habilidades específicas y luego adaptar nuestras intervenciones en consecuencia. Nuestros programas de fisioterapia emplean una combinación equilibrada de terapia manual y ejercicio terapéutico funcional / correctivo especialmente diseñado para ayudarlo a alcanzar sus objetivos específicos al minimizar su dolor y maximizar su potencial de recuperación.

La fisioterapia es un proceso muy parecido a tomar antibióticos; Una vez que comience, debe terminar el régimen antes de detener la intervención para maximizar su beneficio y minimizar la posibilidad de volver a lesionarse o exacerbarse. Este proceso puede llevar unos días o incluso unos meses (dependiendo de la condición) para lograr resultados óptimos y se necesita dedicación tanto por parte de usted como de su equipo de PPT para garantizar el máximo beneficio. Nos hemos comprometido contigo y te pedimos que a cambio te dediques a:

- Programe citas de acuerdo con la prescripción de su médico o la discreción de su terapeuta.
- Sea constante en su asistencia al no faltar a las citas programadas.
- Dedíquese a su programa de ejercicios en casa y al autotratamiento para que pueda lograr el mejor resultado posible.

Para ayudarlo en su compromiso, ofrecemos citas a la hora del almuerzo, horarios extendidos y la voluntad de ajustar nuestros horarios para brindarle un mejor servicio a usted y a su ajetreado estilo de vida. Estamos aquí para ayudarlo a lograr resultados óptimos, así que háganos saber cómo podemos brindarle un mejor servicio en el camino.

Firme a continuación para verificar su compromiso con el proceso de fisioterapia y dedicación a su programa individualizado, ya que es la parte más vital para lograr el mejor resultado.

Consentimiento para servicios de fisioterapia

El propósito de la fisioterapia es tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante el examen, la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico y la intervención mediante el uso de procedimientos de rehabilitación, movilización, masajes, ejercicios y agentes físicos para ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades y acelerar la convalecencia y reducir la duración de la recuperación funcional.

Usted reconoce que su terapeuta (a) le ha explicado el protocolo de tratamiento que se planea para usted en función de su historial individual, diagnóstico de fisioterapia, síntomas y resultados del examen; (b) explicó los riesgos y beneficios potenciales, incluida la posibilidad de que el tratamiento de fisioterapia pueda provocar el agravamiento de los síntomas existentes y pueda causar dolor o lesiones; y (c) respondió cualquier pregunta a su satisfacción.

Dado que las respuestas a las intervenciones de fisioterapia varían de persona a persona, no es posible predecir con precisión su respuesta a una modalidad, procedimiento o protocolo de ejercicio específico. PPT no garantiza cuál será su reacción a ningún tratamiento específico, ni garantiza que el tratamiento ayude a resolver la afección para la que está buscando fisioterapia. Es muy importante comunicarse con su fisioterapeuta tratante durante todo el tratamiento si siente alguna molestia o dolor o tiene otras inquietudes no resueltas. Dependiendo de sus respuestas al protocolo de tratamiento planificado, es posible que su terapeuta deba cambiar o ajustar su plan de tratamiento. Su terapeuta le explicará cualquier tratamiento nuevo o modificado, incluidos los posibles riesgos y beneficios, antes de que se proporcione el tratamiento.

He leído este formulario de consentimiento y entiendo mi tratamiento planificado y los riesgos involucrados en la fisioterapia. Acepto cooperar plenamente, participar en todos los procedimientos de fisioterapia y cumplir con el plan de atención establecido, sujeto a mi derecho a rechazar cualquier tratamiento en cualquier momento antes o durante dicho tratamiento.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

Primer nivel de fisioterapia y rendimiento deportivo (PPT)

En asociación con Fallon Physical Therapy

Información para el paciente

Imprima toda la información en los espacios provistos. Asegúrese de completar toda la información aplicable.

Apellido _____ Nombre _____ M.I. _____

Nombre preferido _____ ☐ Hombre ☐ mujer Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Estado: ☐ Casado ☐ soltero ☐ Viudo(a) ☐ divorciado ☐ menor de edad Cónyuge/pareja Nombre: _____

Dirección _____ Apt# _____ City _____ ST _____ Zip _____

Número de casa () _____ Número de trabajo () _____ Celda () _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Cuál es su preferencia para recibir comunicaciones de PPT?

☐ Texto # _____ ☐ Correo electrónico _____ ☐ Llamada telefónica # _____ ☐ Ninguna

¿Cómo se enteró / se refirió a PPT? _____

Médico remitente: _____

Médico de atención primaria: _____

Nombre y teléfono # de contacto en caso de una emergencia _____

INFORMACIÓN DEL CENTRO (si corresponde): Centro de enfermería especializada ☐ SÍ ☐ NO ☐ de vida asistida SÍ ☐ NO Otro ☐ SÍ ☐ NO

Nombre y dirección de la instalación: _____

TOMA DE DECISIONES MÉDICAS Y PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (si no es paciente):

☐ Padre del paciente menor ☐ Tutor ☐ Poder notarial ☐ Otro (especifique): _____

Proporcione documentación para verificar la relación con el paciente.

Nombre: _____

Dirección: _____

FECHA DE NACIMIENTO (D-M-Y): _____ Teléfono: _____

¿La persona mencionada anteriormente es financieramente responsable del paciente? ☐ SÍ ☐ No En caso negativo, proporcione la información de continuación.

Nombre: _____

Dirección: _____

FECHA DE NACIMIENTO (D-M-Y): _____ Teléfono: _____

Primer nivel de fisioterapia y rendimiento deportivo (PPT)

En asociación con Fallon Physical Therapy

Información del seguro

¿Alguna vez ha sido tratado por esta lesión en el pasado o ha presentado un reclamo bajo compensación laboral o un automóvil?

¿Accidente por esta lesión? ☐ SÍ ☐ NO

Primary Insurance

Compañía de seguros _____

Seguro Teléfono # _____ Empleador _____

Dirección de reclamos _____

Nombre del asegurado _____ fecha de nacimient _____ relación con el paciente _____

Identificación del asegurado # _____ Número de grupo _____

Seguro secundario

Compañía de seguros _____

Seguro Teléfono # _____ Empleador _____

Dirección de reclamos _____

Nombre del asegurado _____ fecha de nacimient _____ relación con el paciente _____

Identificación del asegurado # _____ Número de grupo _____

Si la lesión es un caso de compensación laboral o a través de un gravamen, complete lo siguiente:

¿Su trabajo de lesiones está relacionado? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

En caso afirmativo: Empleador Name _____ Teléfono del empleador # _____

¿Su lesión se debe a un accidente automovilístico? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

¿Su lesión se debe a una responsabilidad de locales? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

¿Su lesión se debe a un asalto? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

¿Su lesión se debe a una agresión? **SÍ NO** Fecha de la lesión _____ Reclamación # _____

Compañía de seguros (si corresponde) _____ Phone # _____

Nombre del ajustador (si corresponde) _____ Phone # _____

Abogado (si corresponde) _____ Phone # _____

Asignación de beneficios: Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi seguro reclamar y asignar a PPT todos los pagos de Medicare y/u otro(s) proveedor(es) de seguros aplicable por los servicios prestados.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Nombre del representante del paciente impreso y relación con el paciente

Primer nivel de fisioterapia y rendimiento deportivo (PPT)

En asociación con Fallon Physical Therapy, lea e indique sus iniciales a todos...

_____ **Política de cancelación** Le solicitamos que, cuando sea posible, nos avise con 24 horas de anticipación si necesita cancelar una cita. Somos flexibles y entendemos que surgen situaciones fuera de nuestro control. Trabajaremos con usted para reprogramar su cita sin penalización si nos llama 24 horas antes de la hora de su cita. Al inicializar, usted reconoce que queda a nuestra discreción cobrarle una tarifa de \$85 si "no llama, no se presenta" a una cita.

_____ **Política financiera** Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios que se me brindan, incluido el pago de todos los deducibles, copagos, coseguros y cualquier saldo no cubierto y/o no pagado por los beneficios del seguro aplicables (incluidos, entre otros, los cargos fuera de la red si PPT no participa con mi seguro). Entiendo que mi parte de pago vence y se cobrará en el momento en que se presten los servicios. Si soy el padre/tutor de un paciente menor, acepto que soy responsable del pago de cualquier tratamiento o servicio proporcionado al paciente menor. Entiendo que los cargos y los posibles beneficios del seguro que se me cotizan son solo una estimación. Entiendo que es mi total responsabilidad conocer y comprender mi plan de salud. Entiendo que PPT no es responsable de ninguna información inexacta que reciba de mi compañía de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad obtener las referencias necesarias de mi médico antes de venir a PPT, si mi seguro lo requiere. También acepto pagar cualquier cargo adicional incurrido, incluidos, entre otros, (i) \$25 por cheques devueltos; (ii) cargos por copia y distribución de registros médicos de pacientes; y (iii) cargos por preparación / finalización de formularios.

_____ **Presentación de reclamaciones** Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos en todo lo que podamos razonablemente para ayudarle a que se paguen sus reclamaciones. Es posible que su compañía de seguros necesite que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.

_____ **Cobros** Cualquier saldo pendiente después de 90 días de la fecha de servicio puede remitirse a una agencia de cobranza externa. En caso de que se necesiten procedimientos de cobro u otras acciones legales para cobrar una cuenta vencida / morosa, usted comprende que PPT tiene derecho a divulgar a una agencia de cobranza / abogado externo toda la información personal y de cuenta relevante necesaria para cobrar el pago de los servicios prestados. Usted es responsable de todos los costos de cobro, incluidos, entre otros: (i) cargos por mora e intereses adeudados como resultado de dicha morosidad; (ii) todos los costos y honorarios judiciales (pero solo en la medida permitida por la ley); y (iii) una tarifa de cobro que se cobrará en virtud de un acuerdo separado con una agencia de cobranza de terceros, ya sea como una tarifa plana o calculada como un porcentaje del saldo total adeudado hasta el máximo permitido por la ley aplicable, y que se agregará al saldo pendiente adeudado y adeudado en el momento de la remisión a la agencia de cobranza de terceros. Si su cuenta se remite a una agencia de cobranza, abogado, tribunal o el estado vencido se informa a una agencia de informes crediticios, puede tener un efecto adverso en su historial crediticio; y partes relacionadas de su cuenta, incluido el hecho de que recibió tratamiento en nuestras oficinas, pueden convertirse en un asunto de registro público.

_____ **Confidencialidad** Todas las transacciones financieras y los datos personales se manejan y mantienen con estricta confidencialidad de acuerdo con los requisitos de HIPAA; siempre que, sin embargo, autorice la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro.

_____ **Cambios de cobertura** Notificaré a PPT antes de mi próxima visita sobre cualquier cambio en mi seguro para dar tiempo a la autorización previa y obtener información sobre la cobertura. Si no proporciona este aviso, usted puede ser responsable de los cargos completos hasta la fecha en que informe a PPT del cambio en el seguro.

_____ **Opciones de pago** PPT acepta pagos en efectivo, cheque, las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard y Discover) y tarjetas de débito. PPT también ofrece la opción de mantener una tarjeta de crédito registrada con nosotros. Cuando paga con tarjeta de crédito para mantenerla en el archivo, acepta mantener actualizada la información de la tarjeta de crédito y autoriza a PPT a almacenar de forma segura la información de su tarjeta de crédito y cargarla en caso de que tenga un saldo pendiente o cualquier saldo sobrante para cualquier servicio futuro que reciba.

_____ **Objetos de valor personales / Dependientes / Visitantes** Se entiende y acepta que PPT no es responsable de la pérdida o daño de ningún objeto de valor o propiedad personal. Para maximizar la seguridad, si hay niños presentes, manténgalos alejados del equipo de ejercicio para evitar lesiones. Puede haber excepciones; Por favor, pregunte si tiene alguna inquietud o pregunta. Haremos todo lo posible para adaptarnos a su horario si es cuidador de niños pequeños.

Autorización _____ Si corresponde, autorizo a PPT a tener la divulgación completa de cualquier acuerdo de conciliación u hoja de desembolso de cualquier abogado o ajustador de seguros con respecto a la lesión por la cual estoy buscando tratamiento.

Firma del paciente o tutor legal/representante

Fecha

Historial médico de fisioterapia y rendimiento deportivo (PPT) de Premier

Las regulaciones federales requieren que se incluya un historial médico en su historial médico. Esta información también permite a PPT adaptar un plan de tratamiento específico a sus necesidades, considerar cómo su salud general podría afectar su recuperación e identificar cualquier precaución que debamos tomar durante el tratamiento para garantizar su seguridad. es seguro para ti. Utilice la parte posterior de la página si necesita más espacio.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de la lesión/cirugía: _____

Queja principal: _____

¿Cuándo comenzó este problema? _____

¿Ha notado algo que empeore o mejore sus síntomas?

¿Ha recibido alguna terapia/tratamiento *este* año, como quiropráctica, fisioterapia, terapia ocupacional o del habla? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, ¿fue por esta lesión? ☐ SÍ ☐ NO

Si *alguna* vez ha recibido tratamiento de fisioterapia (por *alguna* lesión), ¿estaba satisfecho con el resultado? ¿Algo que quieras que sepamos?

¿Un médico le hizo una recomendación o derivación para que reciba fisioterapia para esta lesión?
☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre del médico: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

¿Tienes (o alguna vez has tenido) alguno de los siguientes? Por favor, encierre en un círculo todo lo que corresponda.

Diabetes	Sí No	Calor sensible / hielo	Sí No
Presión arterial alta	Sí No	Actualmente embarazada	Sí No
Enfermedad cardíaca	Sí No	Otras alergias	Sí No
Ataque cardíaco	Sí No	Cirugía previa	Sí No
Marcapasos	Sí No	Hernia	Sí No
Dolores de cabeza (crónicos)	Sí No	Convulsiones	Sí No
Problemas renales	Sí No	Implantes metálicos	Sí No
Trastornos nerviosos	Sí No	Cáncer	Sí No
Discapacidades visuales	Sí No	Neuropatía periférica	Sí No
/auditivas	Sí No	Hormigueo	Sí No
Entumecimiento	Sí No		

Si alguno es "sí", cualquier información o explicación adicional:

Otra(s) condición(es) de salud(es) pasada(s) o presente(s):

¿Tienes alguna alergia? Si es así, enumere: _____

Enumere todas las cirugías relevantes:

¿Está tomando actualmente algún medicamento u otra droga, incluidos medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas, suplementos o recreativos? ☐ SÍ ☐ NO

Nombre del medicamento/medicamento	Dosis/frecuencia	Motivo o afección
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

¿Consume marihuana (recreativa o médicamente)? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuánto?

¿Fumas tabaco? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Bebes alcohol? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ bebidas por día/semana/mes (marque uno)

Médico de atención primaria del paciente:

Nombre del médico: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

La información anterior es correcta y completa a mi leal saber y entender, información y creencia

Firma del paciente

Fecha

Terapia física y rendimiento deportivo de primer nivel

En asociación con Fallon Physical Therapy

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que se me brindó la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad que describe cómo se usa y divulga mi información médica protegida y que se puso a mi disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad en el momento del check-in.

PACIENTE

Nombre en letra de imprenta (Apellido, Primer Segundo Nombre)
Fecha de Nacimiento

Firma de la persona física o del representante

Fecha

Si es representativo, relación con el paciente (padre, tutor, etc.)

SOLO PARA USO DE OFICINA

Si el paciente se niega a firmar, el personal debe documentar lo siguiente:

Proporcione el Aviso de prácticas de privacidad al paciente o a su representante legalmente autorizado en esta fecha.

Nombre y Título

Fecha

Terapia física y rendimiento deportivo de primer nivel

En asociación con Fallon Physical Therapy

Formulario de divulgación de información médica

Formulario de autorización de HIPAA

Nombre: _____ Date de nacimiento: ____/____/____

No podemos divulgar / discutir su información de tratamiento / cuenta con nadie a menos que nos dé permiso por escrito.

☐ Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen y el tratamiento que se me brindó, cualquier información de reclamos/declaraciones y cualquier otra información de salud protegida a solicitud de lo siguiente (marque las que correspondan):

☐ Nombre del cónyuge: _____

☐ Nombre(s) del (los) hijo(s): _____

☐ Nombre del padre: _____

☐ Otro nombre: _____

☐ La información no debe divulgarse a nadie.

Esta autorización permanecerá vigente hasta (elijan una inicial):

_____ Terminado por mí por escrito; o _____ La siguiente fecha: _____

☐ Acepto que para que PPT pueda atender mi cuenta, cobrar cualquier monto que pueda adeudar u obtener cualquier otra información con respecto a mi tratamiento (incluidas, entre otras, citas, información del seguro, información de atención médica y / o reenvíos de saldo, etc.), PPT puede comunicarse conmigo por mensaje de texto, correo electrónico u otra comunicación electrónica utilizando cualquier número de teléfono y correo electrónico incluido en mis registros de PPT.

Mensajes

Por favor, comuníquese conmigo por ☐ casa ☐ trabajo ☐ celular / texto ☐ correo electrónico ☐ todos

Número _____

Correo electrónico: _____

Si no puede comunicarse conmigo:

☐ Puede dejar un mensaje de correo de voz / correo electrónico / texto detallado que contenga mi información médica protegida

☐ Deje un mensaje / correo electrónico / texto pidiéndome que me comunique con usted

☐ Other _____

El mejor momento para comunicarse conmigo es (día) _____ entre (hora)

_____.

Firmado: _____ Date: ____/____/____

Terapia física y rendimiento deportivo de primer nivel

En asociación con Fallon Physical Therapy

UNA BREVE MIRADA AL ARBITRAJE PARA EL PACIENTE¹

Introducción

El arbitraje es un procedimiento alternativo de resolución de disputas que ha sido respaldado por grupos como la Asociación Médica de California y señalado como un método favorito para resolver disputas por la Corte Suprema de los Estados Unidos.

Si no está familiarizado con el arbitraje en general, la información incluida aquí proporciona algunos de los principios básicos del arbitraje.

¿Qué es el arbitraje?

El arbitraje es una forma alternativa de resolver disputas. En lugar de llevar su desacuerdo a través del largo y costoso proceso de litigio judicial, *usted* y PPT² acuerdan de antemano presentar cualquier disputa a un árbitro para su determinación. El árbitro se selecciona entre los numerosos jueces jubilados que están disponibles y calificados "para servir en estos asuntos, y es acordado mutuamente tanto por usted como por PPT. Después de la audiencia de arbitraje, que suele ser menos formal que un procedimiento judicial, el árbitro toma la decisión ("laudo"). Aunque los procedimientos son diferentes, en general. Las mismas leyes y la misma medida de daños que se aplican en los procedimientos judiciales también se aplican en el arbitraje.

¿El arbitraje le impide presentar un reclamo?

No. Al seleccionar el arbitraje como medio para resolver un desacuerdo, todo lo que está haciendo esencialmente es trasladar el reclamo a un foro diferente (es decir, de un jurado a un árbitro) para escuchar y, en última instancia, decidir su reclamo.

¿Le impide obtener una compensación financiera?

No. El arbitraje no restringe ni le impide obtener un laudo financiero de ninguna manera. Si el árbitro acepta y está de acuerdo con su reclamo, determinará una indemnización por daños y perjuicios.

De hecho, la Corte Suprema de los Estados Unidos ha sostenido anteriormente que el arbitraje se ve fuertemente favorecido como una alternativa rápida y económica al sistema judicial.

¿Puedo ser representado por un abogado de mi elección?

Sí. Cualquier parte en el arbitraje puede ser representada por un abogado de su elección, a su cargo. El árbitro escuchará los hechos y decidirá el asunto independientemente de que las partes estén representadas por abogados o no.

¿Quién está obligado por este acuerdo?

Si elige firmar el acuerdo de arbitraje, aceptará obligarse a sí mismo y a cualquier persona que pueda presentar una demanda en relación con el tratamiento o los servicios que le brinda PPT. Si firma en nombre de un miembro de la familia o de alguna otra persona de la que sea responsable, obligará a esa persona, así como a cualquier persona que pueda demandar en relación con el tratamiento o los servicios prestados a esa persona por PPT. Del mismo modo, PPT o cualquier persona que demande en nombre de PPT está obligada.

¿Cuánto cuesta el arbitraje?

En general, el arbitraje es menos costoso que las acciones judiciales. Los honorarios del árbitro son normalmente compartida por igual por las partes. El monto de esos honorarios dependerá de la complejidad y la duración del caso.

Si a alguna de las partes no le gusta el resultado del arbitraje, ¿podría haber un juicio con jurado en la corte?

Generalmente, la respuesta es "no". El propósito del arbitraje es evitar el gasto, la demora y la inconveniencia de acudir a los tribunales. Los laudos arbitrales pueden ser revisados y potencialmente *revocados* ("anulados") por un tribunal en circunstancias limitadas.

¹ © Compañía de seguros Premier Physicians

² Las referencias a PPT también incluyen fisioterapeutas individuales empleados por PPT.

Un mensaje para nuestros pacientes sobre el arbitraje

El contrato adjunto es un acuerdo de arbitraje. Al firmar este acuerdo, aceptamos que cualquier disputa que surja de los servicios de fisioterapia que reciba se resolverá en un arbitraje vinculante en lugar de una demanda en los tribunales. Las demandas son algo que nadie anticipa y todos esperan evitar. Creemos que el método de resolución de disputas mediante arbitraje es uno de los sistemas más justos tanto para los pacientes como para los proveedores de servicios de atención médica. Los acuerdos de arbitraje entre los proveedores de atención médica y sus pacientes han sido reconocidos y aprobados por los tribunales durante mucho tiempo.

Al firmar este acuerdo, está sustituyendo un árbitro por un jurado para resolver sus reclamos. Aún puede llamar e interrogar a testigos, presentar pruebas y tener un abogado de su elección, a su cargo. Este acuerdo generalmente ayuda a reducir el tiempo y los costos de litigio tanto para los pacientes como para los proveedores. Además, ambas partes se ahorran los rigores de un juicio y la publicidad que puede acompañar a los procedimientos judiciales.

Nuestro objetivo, por supuesto, es brindar atención de tal manera que evite cualquier disputa de este tipo. Sabemos que la mayoría de los problemas comienzan con la comunicación. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta sobre su atención, pregúntenos.

ACUERDO DE ARBITRAJE

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia / mala praxis profesional (es decir, si los servicios de fisioterapia prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios, no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente) se determinará mediante la sumisión al arbitraje según lo dispuesto por la ley de Nevada, y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley de Nevada disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian voluntariamente a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje vinculante.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: Es la intención de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias existentes o posteriores, ya sea por agravio, contrato o de otro modo, y obligará a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir o estar relacionadas de alguna manera con el tratamiento o los servicios prestados o no proporcionados por el terapeuta o la compañía de fisioterapia identificados a continuación, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, sociedades, empleados, agentes, clínicas y / o proveedores (en lo sucesivo denominados colectivamente como "Terapeuta") a un paciente, incluido cualquier cónyuge o heredero del paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o por nacer, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamo. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento significará tanto la madre como el hijo o hijos esperados de la madre.

La presentación por parte del terapeuta de cualquier acción en cualquier tribunal para cobrar cualquier tarifa del paciente no renunciará al derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamo por negligencia. Sin embargo, tras la afirmación de cualquier reclamación contra el Terapeuta, cualquier disputa de honorarios, sea o no objeto de una acción judicial existente, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable: Una notificación o demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito por correo postal de los EE. UU., con franqueo prepago, a todas las partes, describiendo el reclamo contra el Terapeuta, el monto de los daños solicitados y los nombres, direcciones y números de teléfono del paciente y (si corresponde) su abogado. A partir de entonces, las partes seleccionarán un árbitro para presidir el asunto que anteriormente era un juez judicial. Ambas partes acuerdan que el arbitraje se regirá de conformidad con los Estatutos Revisados de Nevada (NRS) 38.206 - 38.248, 41A.03S, .045, .097, .100, .110, .120, 42.005 y .021 y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C. §§ 1-4), y que tienen el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro. El las partes asumirán sus propios costos, honorarios y

gastos, junto con una parte proporcional de los honorarios y gastos del árbitro, y por la presente renuncian a las disposiciones de NRS 38.238.

Artículo 4: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación por escrito entregada al Terapeuta dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios de fisioterapia recibidos por el paciente.

Artículo 5: Disposiciones generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Se renunciará a un reclamo y se prohibirá para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación del mismo, el reclamo, si se evalúa en una acción civil, estaría prohibido por el estatuto de limitaciones de Nevada aplicable, o (2) el reclamante no presenta el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con una diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto que no esté expresamente previsto en este documento, los árbitros se regirán por las Reglas de Arbitraje de Nevada. En caso de que alguna disposición de este Acuerdo sea declarada nula y/o inaplicable, dicha disposición se considerará separada del mismo y el resto del Acuerdo se aplicará de acuerdo con la ley federal y de Nevada.

Artículo 6: Condición del tratamiento: Entiendo que la firma de este acuerdo de arbitraje no es una condición para recibir tratamiento de fisioterapia.

Artículo 7: Efecto retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma, el paciente debe poner sus iniciales directamente a continuación y este acuerdo se considerará efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios de fisioterapia:

_____ **Iniciales del paciente o del representante del paciente**

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Por mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ESTÁ PROPORCIONANDO UNA AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA QUE CUALQUIER ASUNTO DE NEGLIGENCIA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO CON JURADO O EN UN TRIBUNAL. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

_____ **INICIAL AQUÍ PARA INDICAR QUE SE LE HA ENTREGADO EL DOCUMENTO TITULADO "UNA BREVE MIRADA AL ARBITRAJE PARA EL PACIENTE".**

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Nombre del paciente impreso

Nombre del representante del paciente impreso y relación con el paciente (si corresponde)

Firma del terapeuta o representante autorizado

Fecha

Firma de Premier Physical Therapy & Sports Performance
(Representante autorizado)

Fecha

Cuestionario de salud del paciente

Nombre del paciente _____

fecha _____

Jefe de quejas _____

1. Fecha de la lesión/cirugía _____

2. ¿Alguna vez se ha hecho una radiografía, una tomografía computarizada o una resonancia magnética de esta lesión? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, ¿usted o su médico nos han enviado una copia del informe? ☐ SÍ ☐ NO

A. Radiografías Date _____

B. Resonancia magnética Date _____

C. Fecha de la tomografía computarizada _____

3. En general, ¿dirías que tu salud general en este momento es...

1. Excelente

2. Muy bueno

3. Bueno

4. Justo

5. Pobre

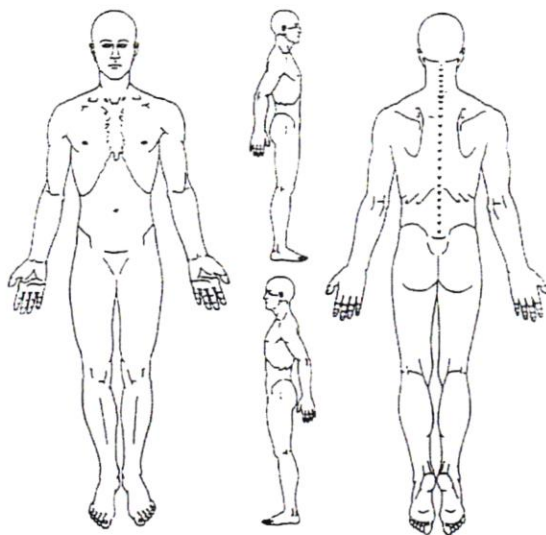
4. ¿Con qué frecuencia experimenta sus síntomas? Indique dónde tiene dolor u otro Síntomas:

A. Constantemente (76-100% del día)

C. Ocasionalmente (26-50% del día)

B. Con frecuencia (51-75% del día)

D. Intermitentemente (0-25% del día)



6. ¿Qué describe la naturaleza de sus síntomas?

A. Agudo

B. Dolor sordo

C. Entumecimiento

D. Disparo

E. Ardor

F. Hormigueo

7. ¿Cómo están cambiando sus síntomas?

A. Mejorando

B. No cambiar

C. Empeorando

8. Durante las últimas 4 semanas, indique la intensidad promedio de sus síntomas.

Ninguno Insoportable

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Rev 5/20/23

POLÍTICA DE TARJETA DE CRÉDITO GUARDADA

En Premier Physical Therapy & Sports Performance requerimos mantener su tarjeta de crédito o débito archivada como un método conveniente de pago para la parte de los servicios de los que es responsable. Los copagos aún vencen en el momento del servicio. Al momento del check-in, la información de su tarjeta de crédito se obtendrá y se mantendrá de forma segura hasta que su(s) seguro(s) haya pagado su parte y nos notifique el saldo adeudado, si corresponde. La información de su tarjeta de crédito se mantiene confidencial y segura y los pagos a su tarjeta pueden procesarse solo después de que su aseguradora haya presentado y procesado el reclamo, y la parte del seguro del reclamo se haya pagado y registrado en la cuenta.

Al firmar a continuación, autorizo a Premier Physical Therapy & Sports Performance a cargar la parte de mi factura que es mi responsabilidad financiera y/o todos los montos propiedad de Premier Physical Therapy & Sports Performance a la tarjeta de crédito o débito proporcionada, incluidos, entre otros, (i) montos acordados como parte de un plan de pago, (ii) copagos, (iii) coseguro, (iv) deducibles. Autorizo a Premier Physical Therapy & Sports Performance a cargar mi tarjeta de crédito o débito por cualquier saldo pendiente a su vencimiento.

Es posible que no se me proporcione un aviso previo de pago autorizado en virtud del presente para las transacciones. Entiendo que recibiré un estado de cuenta por correo electrónico y/o enviado por correo a principios de mes y si no estoy de acuerdo con algún monto, debo comunicarme con la oficina de facturación de inmediato. Después de 15 días, si el monto sigue sin pagarse, facturaremos su tarjeta de crédito,

Esta autorización se relaciona con todos los pagos no cubiertos por mi compañía de seguros por los servicios que me brinda Premier Physical Therapy & Sports Performance.

Entiendo que mi firma e información de pago se mantendrán archivadas para uso futuro por parte de Premier Physical Therapy & Sports Performance. El agente de pago puede acortar y "tokenizar" el número de tarjeta de pago o cuenta bancaria correspondiente para ayudar a mantener la seguridad de mi información de pago.

Entiendo que soy responsable en última instancia del pago de los cargos por los servicios que recibo de Premier Physical Therapy & Sports Performance, incluidos los cubiertos por mi seguro. Para su comodidad, esta práctica presentará reclamos de reembolso con mi proveedor de seguros; sin embargo, toda la responsabilidad de pago es mía en última instancia.

Si la tarjeta de crédito que proporciono hoy cambia, caduca o es denegada por cualquier motivo, acepto entregar inmediatamente a Premier Physical Therapy & Sports Performance una nueva tarjeta de crédito válida que les permitiré cargar por teléfono. Aunque Premier Physical Therapy & Sports Performance no está procesando la nueva tarjeta en persona, acepto que la nueva tarjeta se puede usar con la misma autorización que la tarjeta original que presenté.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que cancele esta autorización. Para cancelar, debo notificar por escrito a Premier Physical Therapy & Sports Performance con 60 días de antelación y la cuenta debe estar al día.

Nombre del paciente (letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Cuestionario De Salud PHQ

ACN Group, Inc. - Form PHQ-202

ACN Group Use Only rev 4/10/03

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

1. Describa sus síntomas

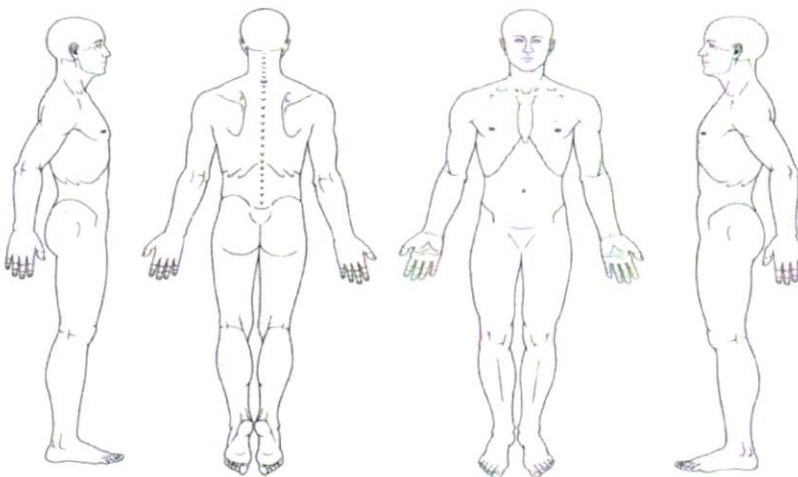
a. Cuando empezaron sus síntomas? _____

b. Como empezaron sus síntomas? _____

2. Que tan seguido sufre sus síntomas?

- ① Constantemente (76-100% del día)
- ② Frecuentemente (51-75% del día)
- ③ Ocasionalmente (26-50% del día)
- ④ Raramente (0-25% del día)

Indique donde siente el dolor o tiene otros síntomas.



3. Que describe la naturaleza de sus síntomas?

- ① Punzante ④ Agudo
- ② Opaco ⑤ Ardor
- ③ Adormecido ⑥ Hormigueo

4. Como estan cambiando sus síntomas?

- ① Mejorando
- ② Igual
- ③ Empeorando

5. Durante las 4 semanas pasadas:

A. Indique la intensidad de sus síntomas

Ninguno Intolerable
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

B. Cuanto interfiere su dolor con su trabajo normal (incluyendo trabajos fuera del hogar y domesticos)

- ① Nada ② Un poco ③ Moderadamente ④ Bastante ⑤ Extremadamente

6. En las ultimas 4 semanas que tanto tiempo ha interferido su condition con sus actividades sociales?

(Por ejemplo, visitando con amigos o familiares)

- ① Todo el tiempo ② Mayor parte del tiempo ③ Parte del tiempo ④ Poco parte del tiempo ⑤ Ningun parte del tiempo

7. En general diria usted que su salud ahorita es..

- ① Excelente ② Muy Bien ③ Buena ④ Mas O Menos ⑤ Mal

8. A quien ha visto para sus síntomas?

- ① Nadie ③ Medico ⑤ Otro
- ② Quiropractico ④ Terapista Fisico

A. Que tratamiento recibio usted y cuando? _____

B. Que exámenes ha tenido usted para sus síntomas y cuando fueron realizados?

- ① Rayos X Fecha: _____ ③ CT Scan Fecha: _____
- ② MRI Fecha: _____ ④ Otros Fecha: _____

9. Ha tenido usted estos mismos síntomas en el pasado? ① Si

② No

A. Si ha recibido usted tratamiento en el pasado para los mismos o semejantes quien vio usted?

- ① Esta Oficina ③ Medico ⑤ Otro
- ② Otro Quiropractico ④ Terapista Fisico

10. Cual es su oficio?

- ① Profesional/Ejecutivo ④ Obrero ⑦ Jubilado
- ② De oficina ⑤ Ama de Casa ⑧ Otro
- ③ Comerciante ⑥ Estudiante

A. Si no es jubilado, ama de casa o estudiante cual es su posicion actual de trabajo?

- ① Tiempo Completo ④ Desempleado ⑥ Otro
- ② Medio Tiempo ⑤ Fuera de trabajo
- ③ Dueno de su propio negocio

Firma Del Paciente _____ Fecha _____

Tim Kuhn, DPT

Chris Amundson, DPT

Austin Aranda, DPT

Emily Ellerbrock, DPT

Andrew Lioi, DPT

Shane Collins, DPT

Marc Magstadt, MPT

Consentimiento para el tratamiento del menor por el padre / tutor legal

Nombre Legal Completo ("Menor"): _____

Dirección de casa del menor: _____

Fecha de nacimiento del menor: _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Yo _____ (nombre del padre / tutor legal), declaro que tengo la custodia legal del Menor antes mencionado y la autoridad para autorizar y dar consentimiento para que Premier Physical Therapy & Sports Performance realice una Evaluación Inicial y cualquier cita / tratamiento subsiguiente con o sin un padre/ tutor presente.

Además, como padre o tutor legal del menor, por el presente acuerdo de mantener a Premier Physical Therapy & Sports Performance y cualquiera de sus empleados o agentes, de fuera dedenuncias, cualquier reclamo y demandas por daños y complicaciones que puedan resultar de dicho tratamiento.

TENGA EN CUENTA: PPT recomienda enfáticamente la participación de padres o tutores legales en la cita de evaluación inicial y todas las citas posteriores. En la evaluación inicial, el terapeuta establecerá el plan de cuidado y revisará, en detalle, los componentes de tratamiento necesarios para el plan de atención, incluyendo la frecuencia y la duración de las visitas. Es importante que tanto el menor como los padres / tutores del paciente comprendan el tratamiento que se brinda. Entiendo la descripción anterior de la Cita de Evaluación Inicial y las citas posteriores y reconozco la importancia de asistir a todas las citas con mi hijo menor de edad. Si no puedo asistir, aceptaré la responsabilidad de contactar al fisioterapeuta evaluador directamente con cualquier pregunta o inquietud relacionada con la evaluación o tratamiento específico.

Nombre impreso del padre o tutor legal: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del padre o tutor legal: _____

Dirección de correo electrónico del padre o tutor legal: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Reno Office

615 Sierra Rose Dr

Suite 2A

Reno, NV 89511

P: (775) 828-9724

F: (775) 828-9728

Sparks Office

2175 Green Vista Dr.

Suite 210

Sparks, NV 89431

P: (775) 674-8903

F: (775) 674-8907

Carson City Office

1898 E. College Pkwy

Suite 102

Carson City, NV 89706

P: (775) 883-8800

F: (775) 883-8815