MARQUIS
PHYSICAL THERAPY
&
SPINE REHAB
2241 Country Club Rd, Woodburn, OR 97071

REGISTRACION DEL PACIENTE

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento:_____ Edad: _____ Sexo M F

SS# _____-_____-_____ Estado Civil: Casado(a) / Soltero (a) / Divorciado (a) /Viudo (a) Separado (a)

Dirección de Casa: _____

De casa Calle Estado Código postal

Dirección de Corespondencia:_____

De Casa Calle Estado Código postal

El mejor # de telefónico para llamarle: (_____)_____ Alternativo: (_____)_____

Información del Trabajo:

Nombre del Empleador: _____Tiempo Completo: _____ Medio Tiempo:_____

Número Telefónico del Trabajo: (_____)_____

Doctor que lo Refirió: _____Numero Telefonico: (_____)_____

Contacto de Emergencia: _____ Relación:_____

Número Telefónico:(_____)_____ Alternativo: (_____) _____

Cónyuge/ Información del Padre (llene aquí <u>solamente</u> si <u>usted no</u> es la persona principal en la póliza)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SS# _____-___-_____

Dirección si es Diferente): _____

De casa Calle Estado Código Postal

Tratamiento de Psicoterapia Previo:

Ha tenido tratamiento de psicoterapia en otra clínica este año? _____

Si, Donde? _____

Información de Accidente

Es esto el resultado de un accidente o lastimadura? SI / NO Si, Fecha del accidente:_____

Lugar del accidente?: Casa:_____ Trabajo:_____ Carro:_____ Otro lugar (Especifique):_____

Si su accidente pasó en el trabajo, para quien trabajaba cuando tuvo el accidente?:_____

Información de seguro

Seguro primordial: Grupo_____ Medicare_____ W/C____ Auto____ Pago personal___ Otro_____

Compañía de Seguro: _____ Numero Telefónico: (____)_____

Nombre del asegurado: _____

ID/ # de reclamo:_____ # de Grupo: _____

Hay algún abogado ayudándole con su caso? SI NO

Nombre del abogado: _____Telefono#:_____

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

Marquis Physical Therapy & Spine Rehab, P.C.
David E. Marquis, DPT

ACUEDO FINANSIERO Y HONORARIOS

INICIALES► _____ **POLISA DE NO PRESENTARSE/CANSELACION DE CITA**

Yo entiendo que una notificación de 24 horas es requerida para cancelar una cita. Si no me presento/cancelo en menos de 24 horas $40.00 le serán cobrados al paciente (no a la seguranza).

INITIAL► _____ **Renuncia de servicios sin Cobertura:**

Yo entiendo que algunos artículos no son generalmente cubiertos por la seguranza y que yo puedo estar pidiendo servicios que no son cubiertos por la seguranza. Yo designo y apruebo pago directo a Marquis Physical Therapy & Spine Rehab, P.C. de los beneficios por los servicios dados. Entiendo que soy directamente responsable por cargos no cubiertos por la seguranza. Yo entiendo que es mi responsabilidad el verificar mis beneficios para el tratamiento con mi seguranza al igual que el preguntar cuáles son mis responsabilidades financieras.

INITIAL ► _____ **Cargos Financieros:**

Marquis Physical Therapy & Spine Rehab puede agregar un cargo financiero a mi(s) cuenta si está en proceso de ser mandada a una agencia de colección, (no pagos por más de 90 días). Para evitar un cobro financiero estoy de acuerdo en hacer pagos mensuales hasta que el balance completo se allá saldado. Y para ello necesito llamar al departamento financiero de Marquis Physical Therapy & Spine Rehab para establecer un plan de pago 1(503) 769-2465.

INITIAL ► _____ **Pago en efectivo: (Solo para pacientes que pagaran en efectivo)**

Yo entiendo que el pago por mi terapia debe darse el mismo día en que se probé el servicio y que no se le mandara cobrar a mi seguranza privada. Todos los costos ocurridos serán mi responsabilidad. Entiendo que una bes establecido el método de pago en efectivo Marquis Physical Therapy & Spine Rehab no podrá mandarle cobrarle a la seguranza por el servicio dado.

INITIAL ► _____ **Cobros a la seguranza:**

Nosotros llamamos a las seguranza como una cortesía para nuestros pacientes, la información que senos probé no es una garantía de pago, ni tenemos ningún control sobre la forma en la que su seguranza cubre sus beneficios.

Recomendamos que usted llame y verifique sus beneficios de su plan y así tenga mejor entendimiento de sus beneficios.

Usted tiene un deducible de $_____. Hasta el día de hoy a cubierto $_____.

Usted tiene un copago/coaseguros de $_____ que debe pagar antes de cada visita.

Yo he leído todo lo anterior y estoy de acuerdo con todo.

_____

Firma del Paciente **Fecha**