

CLIENT INFORMATION/CONSENT FORM

LAST NAME/Apellido		FIRST/Primer Nombre		MI/Segundo	HOME PHONE/Telefono
ADDRESS/Domicilio	CITY/Ciudad:	TX	ZIP/Codigo Postal		Cell Ph/Celular
SS#/Seguro Social		DOB/Fecha de Nacimiento			WK. PHONE/Tel del Trabajo
EMPLOYER/Nombre del Trabajo		EMPLOYER ADDRESS/Direccion del Trabajo			OTHER PHONE/Otro Telefono
RELATIVE'S NAME/Nombre del Pariente					RELATIVE PH/Tel del Pariente
IN CASE OF EMERGENCY NAME/Nombre en caso de emergencia			EMERGENCY CONTACT PH/Tel en caso de emergencia		
REFERRING MD/Doctor que lo refirio		ADDRESS/Direccion		PHONE/Telefono	
REASON FOR VISIT/Razon de su visita					
ALLERGIES/Alergias					
PRIMARY INS. NAME/Nombre del seguro		CLAIMS ADDRESS/Dirección		PHONE #/Teléfono	
INSURED NAME/Nombre del Asgurado				INSURED DOB/Fecha de Nacimiento	
INSURED I.D.#/Numero de Identificacion				Group #/Numero de Grupo	
SECONDARY INS./Nombre del seguro		CLAIMS ADDRESS/Dirección		PHONE #/Telefono	
INSURED NAME/Nombre del Asgurado				INSURED DOB/Fecha de Nacimiento	
INSURED I.D.#/Numero de Identificacion				Group #/Numero de Grupo	

Are you enrolled in a Home Health Agency/Tiene proveedor en casa? Yes/Si _____ No _____ (Initials/Iniciales) _____

Name/Nombre: _____ Phone/Telefono: _____

NOTE: If you are answer "no" to this question when in fact you are receiving home health agency services, your claim may be denied by Medicare and YOU WILL BE RESPONSIBLE FOR FULL PAYMENT FOR THERAPY SERVICES. NOTA: Si respondio "no" a esta pregunta cuando en realidad si esta recibiendo servicios de salud medica en casa, su reclamo a Medicare puede ser negada y USTED SERA RESPONSIBLE POR EL PAGO COMPLETO POR LOS SERVICIOS DE TERAPIA.

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS/ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO CONSENT TO TREATMENT/PERMISO DE TRATAMIENTO

Por la presente autorizo el pago de los beneficios de mi seguro que sean pagados directamente a **McAllen Physical Therapy Inc.** Ademas autorizo a que se me de tratamiento en esta oficina. Tambien autorizo dar a conocer cualquier informacion concerniendo al cuidado de mi salud, consulta, y tratamiento proporcionada, con el proposito de evaluar y administrar para asegurar el pago de beneficios de mi seguro. Entiendo que si estoy recibiendo servicios de salud medica en casa, mi reclamo a Medicare puede ser negado, y yo sere responsable por el pago completo por los servicios de terapia. Entiendo que el balance de mi cuenta con esta oficina es mi responsabilidad aunque mi seguro pague o no pague. Entiendo que si mi cuenta es trasladada a una agencia de coleccion, sere responsable a pagar los cargos adicionales. Entiendo que hay un cargo adicional de \$50.00 por cheques que son devueltos del banco y sere reportado(a) a las oficinas locales del abogado del distrito si la cuenta no es pagada dentro de dos (2) semanas de aberse devuelto a estas oficinas. Quito toda liabilidad de **McAllen Physical Therapy Inc.** como resultado del tratamiento proveido por los empleados de **McAllen Physical Therapy Inc.** Entiendo que se me dara servicios de primeros auxilios y llamaran a una ambulancia si es necesario en caso de emergencia. He recibido una copia de Aviso de Privacidad y he tenido las portunidad de objetar a conocer mi informacion protegida de salud. Doy permiso que la copia de esta autorizacion sea usada como la original hasta que yo la revoque por escrito.

I authorize payment of insurance health benefits to be paid directly to **McAllen Physical Therapy Inc.** I also consent to treatment by the health care providers of this medical practice. I also hereby authorize the release of any information concerning my healthcare, advice and treatment provided for the purpose of evaluating and administering claims for insurance benefits. I understand that if I am receiving home health services, my claim to Medicare for services rendered may be denied and I will be responsible for the full payment of therapy services. I understand that the balance on my account with this office is my responsibility whether my insurance company pays or not. I understand that I will be responsible for paying any additional fees if my account gets sent to a collection agency. I understand that I will assess a \$50.00 charge for any checks returned by the bank & be reported to the local district attorney's office for checks not paid within two (2) weeks of being returned to this office. I release **McAllen Physical Therapy Inc.** from any and all liability incurred as a result of the medical treatment provided by the staff of **McAllen Physical Therapy Inc.** I understand that I will be administered CPR and an ambulance will be called in case of an emergency. I have received a copy of the Privacy Notice and was given an opportunity to object to disclosures of my protected health information. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original until such date that I revoke it in writing.

Patient Signature: _____ Date: _____

Complete Legal Name/Nombre Legal Completo	Cell Phone/Telefono Celular
DOB/Fecha de Nacimiento	Home Phone/Telefono en Casa
Family Doctor/Doctor Familiar	Phone/Telefono
Medical Conditions (Condiciones Medicas) <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetis) <input type="checkbox"/> HIV (SIDA) <input type="checkbox"/> Hypertension/Hypotension (Hipertension/Hipotension) <input type="checkbox"/> Tuberculosis (tuberculosis) <input type="checkbox"/> Heart Conditions (Condiciones Cardiacas) <input type="checkbox"/> Asthma (asma) <input type="checkbox"/> Arthritis (arthritis) <input type="checkbox"/> Alcoholism (alcoholismo) <input type="checkbox"/> Pacemaker (marca pasos) <input type="checkbox"/> Gout (gota) <input type="checkbox"/> Osteroporosis (osteoporosis) <input type="checkbox"/> Hepatitis (hepatitis) <input type="checkbox"/> Cancer: Body Part (Cancer: Que Parte del Cuerpo) _____ <input type="checkbox"/> Pregnant: How Many Weeks (Embarazada Cuantas Semanas) _____ <input type="checkbox"/> Other (Otras): _____	
All Medications Being Taken (Medicamentos que está tomando): _____	
What are you Allergic to (A qué tiene alergias): _____	
How you were injured or hurt or What is your condition (Explique su condicion o como se accidento o como se lastimo) _____	
Date of Injury or when your condition started (Fecha del accidente o cuando empezo su condicion): _____	
What body part is your condition or your injury in? (Que lado y en donde esta la condicion/lastimadura?) _____ <input type="checkbox"/> Right (Derecha) <input type="checkbox"/> Left (Izquierda)	
Surgery Date for this condition/injury (Fecha de cirugia por esta condicion o accidente/lastimadura): _____	
How many weeks were you in therapy for this accident/injury/condition (Cuantas semanas de terapia tomo por esta condicion/accidente/lastimadura)? _____ weeks (semanas)	
Who do you live with (Con quien vive)? _____ Where (en donde)? _____	
Employer Name (Nombre de Empleador): _____ Phone (Telefono): _____	
Occupational Title (Titulo en el trabajo): _____	
Are you working now (Esta Trabajando)? <input type="checkbox"/> Regular Duty (Trabajo Regular) <input type="checkbox"/> Full Time(Tiempo completo) <input type="checkbox"/> Part Time (Medio Tiempo) <input type="checkbox"/> Light Duty (Trabajo Ligero) <input type="checkbox"/> Not Working Since (No trabaja desde): _____	
How Long had you been employed before the accident? (Cuanto tiempo estuvo empleado antes del accidente?): _____	
Habits (Habitos) <input type="checkbox"/> Do you Smoke? (Fuma?) <input type="checkbox"/> Do you Drink Alcoholic beverages? (Toma bebidas alcoholicas?) <input type="checkbox"/> Do you do Recreational Drugs? (Usa drogas recreativas?) <input type="checkbox"/> Do you drink caffeinated drinks? (Toma bebidas cafeinadas?)	

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

McAllen Physical Therapy, Inc.
5119 S McColl Rd Edinburg, TX 78539
Phone: (956) 661-9490 Fax: 9956) 661-9499

Notice of Privacy Practices
Patient Acknowledgement

The undersigned hereby acknowledges that he/she has received a copy of the Notice of Privacy Practices. McAllen Physical Therapy, Inc., will administer the patient records in a confidential manner and in compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act. A separate authorization must be executed for the non-routine release of Protected Health Information. Patient information shall not be sold to any outside marketing firm, and will not be included in any medical studies without the explicit and separate authorization of the patient.

Printed Name: _____

Signature: _____ Date: _____

Aviso de las Practicas de Privacidad
Aceptacion del Paciente

El paciente que firma abajo acepta haber recibido una copia del aviso de las practicas de privacidad. McAllen Physical Therapy, Inc., usara la informacion medica del paciente de una manera confidencial y en cumplimiento con el acta de privacidad conocida como HIPAA. Se necesita una autorizacion por separado para dar informacion medica no rutinaria sobre informacion medica protegida. La informacion del paciente no sera vendida a nadie ni sera incluida en ningun studio medico sin autorizacion del paciente.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____