

# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
*Gracie Jacobo, RPT*

## CÁLIDA BIENVENIDA

Bienvenido. Gracias por elegirnos para atender sus necesidades de fisioterapia y rehabilitación. Es una parte importante de una experiencia positiva de terapia y rehabilitación para que se sienta cómodo desde el momento en que entra por nuestra puerta. Nuestro personal es amable y altamente capacitado y para su comodidad, nuestra área de recepción es cálida y acogedora.

Para permitir la conveniencia de su programación, nuestra oficina está abierta de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Nadie debería tener que esperar más de lo absolutamente necesario para la fisioterapia y la atención de rehabilitación. También estamos disponibles para atender emergencias cualquier día con un tiempo mínimo de espera.

Siempre nos complace responder cualquier pregunta que pueda tener. Después de un examen, trabajaremos con cada paciente para determinar qué es lo mejor para ellos. Todos reciben recomendaciones de tratamiento por escrito.

Para su comodidad, nos encargamos de la documentación del seguro por usted. Explicaremos todos los beneficios de su seguro, autorizaremos previamente su tratamiento y completaremos todos los formularios. Nuestro personal está familiarizado con todos los tipos de seguro y lo ayudará a maximizar sus beneficios. Es importante en su primera visita que traiga los formularios de reclamo de seguro (completados) y su libro de beneficios

Brindarle un servicio profesional y cómodo es nuestra prioridad número uno. Nuestro personal utiliza las últimas técnicas, procedimientos y modalidades. Nuestra oficina está equipada con los equipos más modernos y nuestro personal calificado ha sido cuidadosamente seleccionado para satisfacer sus necesidades.

Sinceramente,

Jacobo Physical Therapy, Inc.

PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE

# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
Gracie Jacobo, RPT

Porfavor llene esta seccion.

- Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_
- Correo Electronico: \_\_\_\_\_
- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
- ( \_ Soltero ) ( \_ Casado )
- Fecha de trauma o cirugia: \_\_\_\_\_
- Seguro Social: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_
- Dueno: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
- Direccion del Empleador: \_\_\_\_\_
- Motivo de su Visita: \_\_\_\_\_
- Ha tenido terapia fisica anteriormente con el problema que hoy tiene? Si / No

Porfavor llene esta seccion.

- Ha tenido o tiene lo siguiente:

<input type="radio"/> Diabetis	Y	N
<input type="radio"/> Alta Pression	Y	N
<input type="radio"/> Ataque del Corazon	Y	N
<input type="radio"/> Marcapasos	Y	N
<input type="radio"/> Dolores de Cabeza	Y	N
<input type="radio"/> Problemas en los Rinones	Y	N
<input type="radio"/> Nervios	Y	N
<input type="radio"/> Sensibilidad al Hielo/Calor	Y	N
<input type="radio"/> Embarazo	Y	N
<input type="radio"/> Alergias	Y	N
<input type="radio"/> Hernia	Y	N
<input type="radio"/> Ataques de Epilepsia	Y	N
<input type="radio"/> Metal Implantado	Y	N
<input type="radio"/> Cancer	Y	N

Si contest si a la preguntas por favor explique:

---

---

## Contacto de Emergencia

Indíquenos dos números de contacto de emergencia:



# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
*Gracie Jacobo, RPT*

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_  
NUMERO #: \_\_\_\_\_

2. NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_  
NUMERO #: \_\_\_\_\_

Indíquenos una dirección alternativa:

1. \_\_\_\_\_.

Solo usaremos el número / dirección si no podemos comunicarnos con usted en el número / dirección que proporcionó en la página de información del paciente. Gracias por su cooperación

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN- ASIGNACIÓN DE SEGUROS-ACUERDO FINANCIERO



# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
Gracie Jacobo, RPT

Paciente o niño menor:

1. **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por la presente, estoy de acuerdo con la realización de dicho examen y procedimientos que, según la opinión del fisioterapeuta o cualquier contratista, se considere necesario en el nombre del paciente mencionado anteriormente. Si el paciente es menor de edad, certifico que soy el padre o la madre del tutor legal.
- 2.
3. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** En la medida necesaria o determinar la responsabilidad por el pago y para obtener el reembolso, el fisioterapeuta puede revelar partes de los cargos del paciente, incluidos, entre otros, las compañías de seguros, los planes de servicios de atención médica de los transportistas de compensación para trabajadores. Por la presente declaro y acepto que la fotocopia o telecopia será válida y vinculante para todas las partes involucradas como la copia original.
4. **ACUERDO DE SEGURO:** Por la presente, asigno pagos irrevocablemente directos al fisioterapeuta y a cualquier otro contratista, los beneficios de atención médica, por el cargo total o el pago igual a la tasa de reembolso, según corresponda, por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable ante el físico y el fisioterapeuta por los cargos no cubiertos por esta asignación. Por la presente, instruyo y ordeno a cualquier compañía o individuo obligado a pagar con cheque extendido y enviado directamente al proveedor de la nota.

**5. ACUERDO FINANCIERO:** El abajo firmante está de acuerdo, ya sea como agente o como paciente. Esa desconsideración de los servicios que se prestarán al paciente, él / ella lo obliga individualmente a pagar la cuenta de los profesionales de la salud de acuerdo con las tarifas y términos regulares de los profesionales de la salud. Entiendo que Jacobo Physical Therapy tendrá derecho a negarse en cualquier momento a admitirme o brindarme atención médica o tratamiento. Los profesionales de la salud, como cortesía para el paciente, acuerdan extender el crédito esperando el pago de la compañía de seguros, siempre que el deducible y los copagos se paguen en su totalidad dentro de los treinta días posteriores a la recepción de la factura. Si el paciente debe interrumpir el tratamiento en contra de las recomendaciones del fisioterapeuta, entonces el saldo total se debe y debe pagarse de inmediato. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado para cobranza o a una agencia de cobranza, el abajo firmante pagará los honorarios y los gastos de cobranza reales del abogado, a toda cuenta morosa se le cobrará un cargo de facturación del quince (15%) por mes o a la tasa legal. Para evitar una tarifa de cita perdida, requerimos un aviso de cancelación de 24 horas antes de la cita (la política de la oficina es cobrar aproximadamente un tercio de la tarifa de visita promedio). Habrá un cargo de veinticinco (\$ 25.00) dólares por cheques devueltos. Acepto que Jacobo Physical Therapy reciba un poder notarial irrevocable para respaldar / firmar mi nombre en cualquier cheque para el pago de la factura de mi profesional de la salud. Los profesionales de la salud y su personal están actuando como agentes para llenar los beneficios del seguro que se les asignan; sin embargo, el profesional de la salud no puede asumir ninguna responsabilidad por garantizar los cargos cubiertos según lo facturado.

X

Firma de paciente o padre o tutor legal de paciente

Fecha:

## **Acuerdo de arbitraje físico-paciente**

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinarán mediante sumisión a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurrir a un proceso judicial, excepto como

# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
*Gracie Jacobo, RPT*

proveedores de la ley de California para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a sus derechos constitucionales para que dicha disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes cuyas reclamaciones surjan de la relación con el tratamiento o servicio prestado por el médico, incluido cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier hijo, ya sea nacido o no nacido, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. 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.

Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite de jurisdicción del tribunal de reclamos menores contra los socios, asociaciones, corporaciones o sociedades del médico y los empleados, agentes y propiedades de cualquiera de ellos, deben ser arbitrados, incluidos, entre otros, reclamos por pérdida de consorcio, muerte injusta, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en un tribunal por parte del tribunal por parte del médico o paciente para cobrar o impugnar cualquier tarifa médica no anulará el derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamo por negligencia. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamo de negligencia, cualquier disputa de honorarios, sea o no objeto de cualquier acción judicial existente, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y legislación aplicable: la solicitud de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días de la demanda de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte en el arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y tarifas del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de abogados u honorarios de testigos, u otros gastos incurridos por un fiesta para beneficio propio de dicha fiesta. Las partes acuerdan que la inmunidad complementará, no suplantarán, cualquier otra ley legal o común aplicable.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado la cuestión de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes dan su consentimiento para la intervención y acumulación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería una parte adicional apropiada en una acción judicial, y luego de dicha intervención y acumulación, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional quedará pendiente de arbitraje.

Las partes acuerdan que la disposición de la ley de California aplicable a los proveedores de atención médica se aplicará a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier parte puede presentar ante los árbitros una moción de juicio sumario o adjudicación sumaria de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con el Código de Procedimiento Civil, sección 1283.05; sin embargo, la deposición puede realizarse previa aprobación del árbitro neutral.

Artículo 4: 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 excluirá para siempre si (1) en la fecha en que se recibe el aviso del mismo, el reclamo, si se afirma en una acción civil, estaría prohibido por el estatuto de limitaciones de California aplicable, o (2) el reclamante no persigue el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento, los árbitros se regirán por la disposición del Código de Procedimiento Civil de California relacionada con el arbitraje.

Artículo 5: Revocación: este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al médico dentro de los 30 días posteriores a la firma. La intención de este acuerdo es aplicar a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento por cualquier condición

Artículo 6: Efecto retroactivo: si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha firmada (incluidos, entre otros, el tratamiento de emergencia), los pacientes deben iniciar a continuación:

Vigente a partir de la fecha de los primeros servicios médicos.

Nombre del paciente o del representante del paciente : \_\_\_\_\_

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Comprendí que el derecho a recibir una copia del acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA TENER CUALQUIER PROBLEMA DE MALPRACTICAS MÉDICAS DECIDIDAS POR ARBITRAJE NEUTRO Y ESTÁ DANDO SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO JUDICIAL. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

\_\_\_\_\_  
Médico o representante de autorización (Fecha) De: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso grupo medico By: \_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente

(Si es representante, escriba el nombre y la relación con el paciente) \_\_\_\_\_

## Autorización para divulgar información de atención médica



# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
*Gracie Jacobo, RPT*

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

**JACOBO PHYSICAL THERAPY**  
**PO Box 2283**  
**Bakersfield, CA 93301-2283**

# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
Gracie Jacob, RPT

---

**Esta solicitud y autorización se aplica a:**

- Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, afección o fecha
- Toda la información sanitaria
- Otro

NOTAS ADICIONALES:

---



Firma de Paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTA AUTORIZACIÓN CADUCA NOVENTA DÍAS DESPUÉS DE QUE SE FIRME.**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS

**NUESTRO DERECHO LEGAL**

La ley federal y estatal correspondiente nos exige mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este

# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
Gracie Jacob, RPT

Aviso mientras esté vigente. El Aviso entra en vigencia el 13 de abril de 2003 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean efectivos para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos que el nuevo aviso esté disponible a pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestra práctica de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

---

## USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Usamos y divulgamos información de salud sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

**Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño del profesional y el proveedor, realización de programas de capacitación, acreditación, certificaciones, actividades de licencia o acreditación.

**Sus autorizaciones:** además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar nuestra información de salud o divulgarla a cualquier persona por cualquier motivo. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos otorgue una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar nuestra información de salud por ningún motivo, excepto los descritos en este Aviso.

**A su familia y amigos:** debemos divulgarle su información de salud, tal como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con nuestra atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si acepta que podemos hacerlo.

**Personas involucradas en el cuidado:** podemos usar o divulgar información de salud para notificar o ayudar en la notificación (incluyendo identificación o ubicación) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, o su ubicación, su condición general, o muerte Si está presente, antes de usar o divulgar nuestra información de salud, le brindaremos la oportunidad de objetar dichos usos de divulgación. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación utilizando nuestro juicio profesional que divulgue solo información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer

deducciones razonables de su mejor interés para permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

**Servicios de marketing relacionados con la salud:** No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**Requerido por la ley:** podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley así lo requiera.

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Yo, 



# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
Gracie Jacob, RPT

ha recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Por favor escriba el nombre:



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

También autorizo a Jacobo Physical Therapy para que brinde cualquier información relacionada con mi afección médica, así como los registros médicos a mi cónyuge o familiar que se menciona a continuación.

\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

Nombre del cónyuge autorizado de un miembro de la familia

SOLO PARA USO DE OFICINA

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación prohibieron el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otro (especifique)

## HIPAA RECONOCIMIENTO Y DIVULGACIÓN

Para que podamos permanecer dentro de las pautas de HIPAA, enumere a continuación a cualquier persona a la que nos autorice a divulgar información con respecto a su

# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
Gracie Jacob, RPT

Información de salud protegida. No es obligatorio que incluya a nadie. (No necesita incluir a ninguno de sus médicos).

Nombre

Relacion

---

---

---

**¿Tenemos su permiso para dejar información en su contestador automático o correo de voz si no podemos comunicarnos con usted?**

Sí  
 No

¿Cuál es el mejor número para contactarlo??

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha de Nacimiento

Firma del paciente o padre / tutor Fecha

## **Política De Cancelación De Citas / No Presentación**

Gracias por confiar en su cuidado con Jacobo Physical Therapy. Cuando programa una cita con Jacobo Physical Therapy, reservamos el tiempo suficiente para brindarle atención de la más alta

# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
*Gracie Jacob, RPT*

calidad. Por eso es muy importante que cumpla con su cita programada con nosotros y llegue a tiempo.

Como cortesía, y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, Jacobo Physical Therapy llama o envía un mensaje de texto como recordatorio el día antes de la cita. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y, a más tardar, 24 horas antes de la cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita.

Si tiene cancelaciones excesivas o no se presenta a varias citas, se le notificará a su médico remitente y ya no intentaremos programar una cita con usted.

Entendemos que puede haber ocasiones en las que ocurra una emergencia imprevista y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestra oficina para ajustar su horario lo antes posible.

He leído y entiendo la política de cancelación / no presentación.



Firma de Paciente:

Fecha:


## **RECORDATORIO DE NOMBRAMIENTO CONSENTIMIENTO**

Complete este formulario y firme a continuación para dar su permiso para que Clinic brinde un servicio automático de recordatorio de citas por correo electrónico o mensaje de texto por teléfono celular

# JACOBO

Physical Therapy & Complete Wellness  
Gracie Jacob, RPT

## Paso uno: Seleccione una opción a continuación

  o Jacobo Physical Therapy puede enviar mensajes de correo electrónico para confirmar mis próximas citas

o Jacobo Physical Therapy puede enviar mensajes de texto de teléfono celular para confirmar mis próximas citas.

*Reconozco que pueden aplicarse tarifas normales de mensajes de texto*

## Paso dos: si desea mensajes de texto en lugar de recordatorios por correo electrónico, indique su proveedor de telefonía celular.

No podemos configurar su cuenta para enviar recordatorios de mensajes de texto por correo electrónico sin conocer a su proveedor de telefonía celular. Indique su operador a continuación, si desea recordatorios de mensajes de texto:

- o ALLTel
- o AT&T
- o Boost Mobile
- o Cingular
- o Cricket Wireless
- o Metrocall
- o MetroPCS
- o Nextel
- o Qwest
- o Sprint PCS
- o T Mobile
- o US Cellular/Government Issued
- o Verizon
- o Virgin Mobile



\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha