



REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Edad _____ Género M _____ F _____ SSN _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono (marque el preferido)

Celular _____ Trabajo _____ Casa _____

Correo electrónico (marque el preferido)

Casa _____ Trabajo _____

Ocupación _____

Empleador _____

Teléfono _____

Nombre del cónyuge o pareja _____

Ocupación _____

Empleador _____

Teléfono _____

Contacto de emergencia:

Nombre _____

Teléfono _____

Relación _____

¿A quién podemos dar las gracias por remitirle? _____

¿Recibe actualmente terapia a través de alguno de los siguientes medios?	Sí	No
Atención sanitaria en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra(s) clínica(s) ambulatoria(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un centro de enfermería especializada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha dado positivo en la prueba de COVID - 19?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿ha experimentado síntomas del virus?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



Información del seguro

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Seguro principal _____

Titular de la póliza _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

No. de ID _____ No. de grupo _____

Seguro secundario _____

Titular de la póliza _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

No. de ID _____ No. de grupo _____

Médico remitente _____ Teléfono _____

Asignación y alta médica

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con _____ y cedo directamente a NEUROWORX todos los beneficios del seguro, en su caso, a pagar por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo a NEUROWORX a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones del seguro.

Firma de la parte responsable

Relación

Fecha

Políticas y procedimientos financieros de Neuroworx

Esto explicará las políticas y procedimientos financieros utilizados por Neuroworx. Consideramos que su completa comprensión del proceso financiero y su papel en él es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Nos dedicamos a proporcionarle la mejor atención y servicio posibles. Neuroworx no discrimina por motivos de género, raza, origen nacional, religión, sexualidad o color.

Financiamiento de la atención médica

El financiamiento de la atención de cada individuo se determinará de acuerdo con su cobertura de seguro de salud y su financiamiento privado.

Opciones de cobertura

Seguro comercial: normalmente conocido como seguro ordinario o cobertura del 80%/20%

Función del paciente: El pago de la responsabilidad del paciente por las sesiones de terapia y cualquier otro cargo incurrido en el momento de la visita a la clínica. Familiarícese con las prestaciones y restricciones de su póliza en relación con la fisioterapia y su enfermedad.

Función de Neuroworx: Llama a su compañía de seguros para confirmar las prestaciones, determinar los copagos, deducibles, etc. Realiza un seguimiento de las visitas a la clínica y le informa cuando se agotan las prestaciones. Presentar una reclamación al seguro en su nombre.

HMO y PPO contratados

Función del paciente: Todos los copagos y deducibles aplicables se solicitan en el momento de la visita a la clínica. Familiarícese con las prestaciones y restricciones de su póliza en relación con la fisioterapia y su enfermedad.

Función de Neuroworx: Llama a su compañía de seguros para confirmar las prestaciones, determinar los copagos, deducibles, etc. Realiza un seguimiento de las visitas a la clínica y le informa cuando se agotan las prestaciones. Presentar una reclamación al seguro en su nombre.

HMO no contratados

Función del paciente: Pago íntegro de la sesión de terapia y de cualquier otro gasto que se produzca en el momento de la visita a la clínica.

Función de Neuroworx: Proporcionar la información necesaria para que usted complete y presente su reclamación directamente a la compañía de seguros.

Planes de punto de servicio o PPO fuera de la red

Función del paciente: Pago de la responsabilidad del paciente -deducible, copago, servicios no cubiertos- en el momento de la visita. Familiarícese con las prestaciones y restricciones de su póliza en relación con la fisioterapia y su enfermedad.

Función de Neuroworx: Llama a su compañía de seguros para confirmar las prestaciones, determinar los copagos, deducibles, etc. Realiza un seguimiento de sus visitas a la clínica y le informa cuando se agotan las prestaciones. Presentar una reclamación al seguro en su nombre.

Medicare/Medicaid

Función del paciente: Si usted tiene Medicare Regular, y no ha cumplido con su deducible, le pedimos que lo pague en el momento del servicio. El pago de cualquier servicio que no esté cubierto por Medicare o Medicaid debe realizarse en el momento de la visita.

Función de Neuroworx: Llame para confirmar la elegibilidad y los beneficios de Medicare. Presentar la reclamación en su nombre, así como cualquier reclamación a su seguro secundario.

Pago privado

Función del paciente: Pago íntegro en el momento de la visita o utilizando uno de los planes de descuento. **Función de Neuroworx:** Mantenerle informado de los gastos que se produzcan. Si el paciente lo desea, trabaje con él para determinar otras opciones de financiamiento.

Si alguno de los servicios de la clínica no está cubierto por el plan de la persona, el pago total debe realizarse en el momento de los servicios, a menos que se hagan arreglos con Neuroworx o su representante financiero.

Cada persona es responsable en última instancia de conocer su cobertura personal, incluidas los beneficios y las restricciones. Si se producen cambios en la cobertura o en las circunstancias, se debe informar inmediatamente a Neuroworx. Los individuos serán financieramente responsables de todos los cargos incurridos durante cualquier período en el que las políticas y/o beneficios cambien y Neuroworx no haya recibido una notificación adecuada.

Recursos adicionales:

Ayuda financiera

Neuroworx es una organización sin fines de lucro 501(c) 3. Trata de recaudar fondos para complementar a las personas sin financiamiento o con financiamiento limitado. Para tener derecho a la ayuda, hay que presentar una solicitud de ayuda financiera. La determinación de la ayuda se basará en una escala de ingresos y criterios aprobados por la Junta Directiva. La ayuda puede no ser posible o estar limitada por la disponibilidad de fondos.

Calendario de pagos

El pago total debe realizarse en el momento del servicio, a menos que se haya acordado por adelantado.

Métodos de pago Neuroworx acepta cheques corporativos y personales, efectivo y tarjetas de crédito.

Neuroworx se reserva el derecho de cobrar las tasas asociadas a la insuficiencia de fondos.

Facturación

Neuroworx cuenta con un equipo profesional de codificación y facturación. Los individuos deben recibir estados de cuenta mensuales regulares sobre las fechas de servicio, los servicios facturados, los pagos y los saldos.

Por favor, póngase en contacto con Neuroworx directamente para preguntas e inquietudes al (801) 619-3670.

Cobros

A todas las cuentas morosas se les aplicará un tipo de interés del 1,5% mensual (18% anual). En caso de que cualquier saldo no se pague según lo acordado, el abajo firmante se compromete a pagar una tasa de cobro y todos los gastos de cobro. En caso de que se interponga una demanda para cobrar el saldo impagado, el abajo firmante se compromete además a pagar las costas judiciales y los honorarios razonables de los abogados. Usted acepta que, para que podamos dar servicio a su cuenta o para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, podemos ponernos en contacto con usted por teléfono en cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluidos los números de teléfono móvil, lo que podría dar lugar a cargos para usted. También podemos ponernos en contacto con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

Las cuentas pueden ser enviadas a cobranza en caso de incumplimiento. Si su cuenta es enviada a cobranza, es posible que se agregue una tarifa de cobranza al monto adeudado. De acuerdo con la ley de Utah, Neuroworx puede añadir hasta un 40% de los honorarios cobrados por una agencia de cobros.

Citas perdidas/anuladas

Las citas deben cancelarse al menos 24 horas antes de la hora prevista. Neuroworx se reserva el derecho de cobrar a los individuos por las citas perdidas o las cancelaciones tardías.

Pacientes menores de edad

Para todos los servicios prestados a personas menores de edad, recurriremos al adulto acompañante o al tutor legal para el pago.

Poder de abogado

Las personas que, a causa de lesiones o afecciones incapacitantes, hayan designado a alguien con poder notarial, deben tener los documentos apropiados firmados por esa persona designada.

He leído y comprendido la política financiera de Neuroworx, y acepto regirme por sus términos. He recibido una copia de este documento. También entiendo y acepto que Neuroworx puede modificar dichos términos de vez en cuando.

Firma de la parte responsable

Fecha

Relación con el paciente

Nombre impreso

Neuroworx es una organización benéfica exenta de impuestos 501(c)3.



RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Formulario de Prácticas de Privacidad de NEUROWORX de acuerdo con la ley federal H.I.P.A.A. He tenido la oportunidad de leer y revisar este aviso, y se me han dado instrucciones sobre cómo obtener una copia para mis registros personales, si lo deseo.

Firma del paciente _____

Nombre del paciente _____

(Escriba en letra de molde)

Fecha _____



Autorización y divulgación de información médica y financiera

Neuroworx recopilará información médica y financiera en el curso normal de la prestación de servicios de rehabilitación. Esta información es confidencial y está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (H.I.P.A.A.; Pub. L. 104 - 191, 110 Stat. 1936, 1996)

No podemos compartir ninguna información de su registro personal excepto con aquellas personas o entidades designadas específicamente por escrito. El propósito de este formulario es proteger su información personal e identificar al personal de Neuroworx que puede tener acceso a la información.

TENGA EN CUENTA: Requerimos un permiso separado para compartir información médica y/o financiera.

Por favor, rellene AMBAS secciones.

Autorizo a Neuroworx a divulgar mi información **MÉDICA** a las siguientes personas:

Cónyuge _____

Pareja _____

Padres/tutor _____

Otro _____ No divulgar.

Firma _____ Fecha _____

Autorizo a Neuroworx a divulgar mi información **FINANCIERA** a las siguientes personas:

Cónyuge _____

Pareja _____

Padres/tutor _____

Otro _____ No divulgar.

Firma _____ Fecha _____



POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN Y CANCELACIÓN TARDÍA DE NEUROWORX

El modelo de Neuroworx consiste en ofrecer sesiones de atención individualizada por parte de terapeutas experimentados y autorizados. Este tiempo de tratamiento focalizado es fundamental. Es donde la orientación de los expertos y el trabajo duro se combinan en el progreso. Nuestro objetivo es dedicar a cada persona el tiempo y la atención óptimos. Por ello, el número de sesiones disponibles por día para programar es muy limitado. Para seguir proporcionando la mejor terapia posible al mayor número de personas, Neuroworx necesita asegurarse de que el tiempo del terapeuta se maximiza. Entendemos que surgen problemas, sin embargo, para optimizar la atención que ofrecemos, debemos intentar que la clínica funcione a tiempo y que todas las consultas se llenen y se utilicen.

Para seguir proporcionando la mejor terapia posible al mayor número de personas, Neuroworx necesita asegurarse de que el tiempo del terapeuta se maximiza. Entendemos que surgen problemas, sin embargo, para optimizar la atención que ofrecemos, debemos intentar que la clínica funcione a tiempo y que todas las consultas se llenen y se utilicen.

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN/RETRASO

Se registra una visita " sin presentación " cuando una persona falta a una cita sin cancelarla. Se entiende por retraso la llegada 15 minutos después de la cita. A continuación se exponen las posibles respuestas a estas cuestiones.

1. **Si una persona se retrasa 15 minutos con respecto a la hora programada, es posible que tengamos que reprogramar la cita.**
2. **La primera vez que no se presenta:** El individuo será notificado por teléfono o en persona.
3. **Segunda no presentación:** A los particulares se les puede cobrar una tasa de 25 dólares. Esta tarifa no está cubierta por el seguro.
4. **Tercera no presentación:** El individuo puede ser retirado de la agenda y todas las citas posteriores canceladas. Para volver a la programación se requiere el pago de la(s) cuota(s) y la aprobación de un director de Neuroworx.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN TARDÍA

Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede estar impidiendo que otra persona reciba el tratamiento que tanto necesita.

Se considera que una cancelación es "tardía" cuando se cancela dentro de las veinticuatro horas anteriores a la cita programada.

1. **Primera cancelación tardía:** El individuo será notificado por teléfono o en persona sobre la política.
2. **Second and Subsequent Late Cancellations:** Las personas pueden estar sujetas a una cuota de 25 dólares por cita y pueden perder su lugar en el calendario. Si se retira del calendario, se debe pagar la(s) cuota(s) y se requiere la aprobación de un director de Neuroworx.

Firma

Fecha



PUBLICACIÓN DE FOTOS/IMÁGENES

Yo, _____, doy permiso sin restricciones a NEUROWORX y sus cesionarios a utilizar mi nombre, imagen, fotografías y/o voz en relación con cualquier video para su difusión, duplicación, distribución y exhibición directa a perpetuidad.

El consentimiento anterior se otorga con el entendimiento de que NEUROWORX tiene la discreción exclusiva de editar las imágenes, el video y/o la grabación de voz de mi aparición y entrevistas como lo consideren necesario para su incorporación en el programa, y renuncio específicamente a cualquier derecho de compensación que pueda tener con respecto a dicho uso de mi nombre, imagen, imágenes y/o voz.

Firma _____ Fecha _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono _____

Firma del padre o tutor (menor de 18 años o incapaz de firmar)

_____ Fecha _____

Relación _____

Solo para uso interno

Iniciales _____