

# Beck and Cale Physical Therapy /Coastal Hand and Occupational Therapy

- 201 N. College Dr. ,Ste. 203, Santa Maria, CA 93454 (805) 922-1724 (805) 922-2765-fax  
 150 Mary Ave St 1., Ste. C, Nipomo, CA 93444 (805) 929-3230 (805) 929-3232-fax  
 2028 Village Ln., Ste. 102, Solvang, CA 93463 (805) 686-4642 (805) 576-7961-fax

## INFORMACION DEL PACIENTE. Por favor, complete cada seccion.

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ SEX:  F  M

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ # de Licencia \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ código posta \_\_\_\_\_ correo electronico \_\_\_\_\_

Telefono: Casa # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Empleador Nombre/Domicilio: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia/llamar a: \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_

**DOCTOR DE REFERENCIA:** \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_

Tienes una siguiente cita?  NO  SI, cuando? \_\_\_\_\_ Nombre de Doctor Primario \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANZA RESPONSABLE. Por favor de notificar a la oficina de algun cambio en su aseguranza inmediatamente.

Tipo de accidente:  Trabajo  Automovil  Otro Fecha de lastimadura/empezo \_\_\_\_\_ Fecha de suregia \_\_\_\_\_

Menor de edad, responsable guardian: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Aseguranza primaria: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Aseguranza secundaria: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de aseguranza de trabajo/automovil: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

# de caso: \_\_\_\_\_ Nombre de Abogado \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

## POLIZA DE FINANZA: Por favor, leer, iniciar y firmar. Si hace mas de un ano de su ultima visita, tendra que llenar formas de nuevo.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que todo copagos y deducible debe ser pagado en el momento de servicio. Bajo el contrato de la aseguranza, nosotros tenemos la obligacion de cobrar el copago y deducible en el momento de servicio. Si no tiene alguna aseguranza para cobrar su servicios entonces usted tendra que pagar de su bolsillo y el pago sera requerido en cada visita.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que BCPT/CHOT presentará un cobro por el paciente a la aseguranza en contrato. **SIN EMBARGO, LOS SERVICIOS QUE NO SON CUBIERTOS POR LA ASEGURANZA SERA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.**

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que la oficina requiere un aviso de 24 horas de cancelación antes de su cita. De lo contrario se le cargará **\$45 POR NO PRESENTARSE** y los tendra que pagar en la proxima cita. Esta cantidad no esta cubierta por su aseguranza.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que es mi obligacion de notificar a la oficina si hay un cambio con mi aseguranza de inmediatamente.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que habra un cargo de \$25 por un cheque rebotado. Esta cantidad se le aplicara hacia su cuenta pendiente.

\_\_\_\_ Yo tengo entendido que para cualquier balance pendiente durante los 90 dias de vencimiento se considera retrasada. Se le va a enviar una carta de aviso final para liquidar su cuenta dentro de un plazo de 15 dias. Si todavia hay un balance sin pago, podriamos pasar su cuenta a una agencia de coleccion y usted puede ser dado(a) de alta.

\_\_\_\_ Yo doy mi consentimiento para cobrar a mi aseguranza y para pago directamente, o a sus proveedores por los servicios prestados a mi o mis hijos menores de 18 anos de edad. Esto puede incluir determinaciones de elegibilidad, cobertura bajo el plan de salud adecuado, previa-certificacion y previa-autorizacion de los servicios con el proposito de reembolso. Esta informacion tambien puede ser utilizada para los cobros, manejo de de reclamos, propositos de coleccion y cuidados de salud relacionados con procedimiento de datos a traves de esta oficina. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento y notificar a la oficina por escrito en cualquier momento. He leído y entendido la poliza de finanza de Beck and Cale Physical Therapy/Coastal Hand and Occupational Therapy, y acepto seguir las reglas de la poliza.

Firma del Paciente/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_