



#### ADAMS COUNTY LOCATIONS

**Adams Health Center**  
717-339-2620  
**Aspers Health Center**  
717-339-2580  
**Deatrick Commons**  
717-339-2540  
**Fairfield Towne Center**  
717-642-6077  
**Herr's Ridge**  
717-337-4206

#### YORK COUNTY LOCATIONS

**Apple Hill**  
717-741-8240  
**Bannister Street**  
717-812-5850  
**Queensgate Towne Center**  
717-812-5800

**Rehab Services at York Hospital**  
717-851-2601  
**Shrewsbury**  
717-812-5600  
**SPORT Center Hanover**  
717-632-3431  
**Wheatlyn**  
717-812-7400

¡Bienvenidos! Les agradecemos por escoger a WellSpan Rehabilitation para sus necesidades de terapia. Tenemos un equipo de terapeutas dedicados hacer su cuidado personal de alta calidad y prioridad.

El paquete de información es proveído para su beneficio y conveniencia. Hay varias formas que usted tiene que llenar para poder proveerle nuestros servicios. Si es posible, favor de completar las formas y traer las a su primera cita. Si necesita ayuda, nos gustaría ayudarlo en ese momento. Favor de llegar 15 minutos antes de su cita por esa misma razón.

1. Historial Medical ~ Por favor no deje nada en blanco... ponga 'N/A' si la pregunta no aplica a usted.
2. Autorización de Realización de Información Protegida de la Salud ~ esta forma nos da permiso de realizar información desde los archivos que tiene usted aquí, si es que necesita hacerlo. Le sugerimos que:
  - En la sección de "Disclose to," favor de incluir el nombre de cualquier doctor involucrado con su cuidado excepto el doctor quien lo ha referido para terapia.
  - También, incluya el nombre de su seguro medico o seguranza de la compañía del trabajo/auto. Esto nos proveerá cualquier información que necesitemos para expeditar cobros con bastantes reclamos.
  - Si su visita es relacionada con algo legal, por favor incluya el nombre de su contacto legal.
  - Complete la sección que esta abajo de esta forma. Los empleados de Rehabilitación proveerán una firma de testigo cuando esta forma se presente al tiempo de su cita.

En adición, también proveemos los siguientes números para que complete su registración antes de venir a su cita. Por favor llame al 1.877.734.2213 y nos gustaría ayudarlo. Les avisamos que tengan la información preparada del seguro medico cuando usted llame.

#### **POLIZA DE REHAB SI NO VIENE/CANCELA SU CITA**

- **Favor de tener en cuenta, para que la terapia sea efectiva, tiene que venir regularmente.** Nosotros entendemos que hay circunstancias y que sea difícil para usted de mantener su cita ya hecha. Les pedimos que contacten la oficina donde tiene la cita para informarnos si no puede ir a la cita.
- Favor de notar, es nuestra póliza que si usted no viene a tres citas por cualquier razón sin llamarnos será despedido como paciente. Para poder regresar a terapia tiene que obtener una receta de su doctor.



## INFORMACION DE PAGO Y SEGURO MEDICO

Presentamos la información siguiente sobre seguro medico y cobro para que tenga en mente sus responsabilidades financieras como paciente. Favor revise cuidadosamente.

### SEGURO MEDICO

- Si el plan de su seguro medico requiere una forma de referencia de su doctor primario y no esta asegurado, tendrá que ser responsable de los servicios que sean proveídos hasta que entregue esa forma de referencia.
- Si participamos con muchas compañías de seguro medico. Favor de preguntarnos si no sabe si participamos con la de usted.
  1. Algunos servicios no son cubridos dependiendo en su plan de cuidado. Usted tiene que contactar a su compañía de seguro medico si tiene alguna pregunta sobre algún tratamiento que cubre.
  2. Si le han avisado sobre un servicio que su seguro medico no cubre y usted decide de proceder con el tratamiento, usted tendrá que firmar una forma indicando que usted se hará responsable de pagar el costo.
- Si su visita es relacionada con el seguro de su trabajo o de su auto y usted no tiene cobertura de seguro medico, le pediremos que firme una forma donde usted indica que esta de acuerdo de pagar cualquier gasto que sea proveído por WellSpan Rehabilitation, y que no sea pagado por su seguro de trabajo o auto.
- Si usted tiene cobertura de seguro medico es requerido de proveer esta información en la entrada de la oficina. Esto es necesario por las siguientes razones:
  1. Si los beneficios de vencen en el reclamo de su trabajo o auto, el resto del balance puede que sea enviado a su seguro medico para que sea considerado.
  2. Si usted decide no dar su información de su seguro medico, le pediremos que firme una forma asumiendo responsabilidad de balances que vaya tener.
  3. En adición, proveyendo nos con esta información nos dará autorización para obtener y ofrecer, si es necesario, cobertura adecuada.
- Usted es responsable de dejarnos saber de cualquier cambio en su seguro medico de inmediato. No podemos ser responsables de sus costos debido a un cambio en sus beneficios, particularmente si no sabemos de los cambios.
- Favor de estar preparado de pagar cualquier tipo de cobro que sea necesario debido a su cobertura de seguro medico. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, o tarjetas de crédito (Visa/Mastercard).

### COBROS

- Los cobros de WellSpan Rehabilitation son hechos por Wellspan Health. Ellos enviaran un pago a su seguro medico por todos los servicios que le proveímos en nuestras oficinas. Favor note...
  1. Si el paciente tiene un balance (pago mínimo o deducible) después que procesamos su reclamo, le enviaremos un cobro. Le llegara un cobro cada mes. Esperamos que pague su pago en cuanto reciba el cobro.
  2. Cualquier pago no pagado para el día indicado en su cobro será mandado a una agencia de colección.
  3. Si necesita asistencia o tiene dificultades financieras, les sugerimos que contacten a un Representante de Cliente quien le pueda ayudar. Le pueden llamar al 1-800-842-1783.



HISTORIAL MEDICAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_
Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_
Cuando le podemos llamar en el día # \_\_\_\_\_ Siguiete Cita con el doctor quien lo mando \_\_\_\_\_

ACTUALMENTE ESTA RECIBIENDO CUIDADO EN CASA? SI o NO Agencia \_\_\_\_\_

TERAPIA PREVIA: Favor de marcar lo que permanece a usted
( ) NO he recibido terapia física/ocupacional por ninguna condición este ano.
( ) SI he recibido terapia física/ocupacional por alguna razón este ano.

ALLERGIAS \_\_\_\_\_
REACCIONES A MEDICINAS \_\_\_\_\_

FAVOR DE PONER CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTE TOMANDO: (O provea una copia de la lista)

\_\_\_\_\_

TIENE UN PACEMAKER, DEFIBRILLADOR, O ALGUN IMPLANTE? Si o No

Fecha de herida \_\_\_\_\_ si ninguna, favor de proveer la fechas que vio al doctor y que recibió
tratamiento \_\_\_\_\_.

Doctor que lo esta viendo por su problema (favor de proveer el nombre del doctor y su numero de teléfono)
Dr. \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_
Dr. \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

¿Como ocurrió su accidente? En el trabajo \_\_\_\_\_ En su casa \_\_\_\_\_ Jugando deporte \_\_\_\_\_
Accidente de carro \_\_\_\_\_ no sabe \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_(especifique) \_\_\_\_\_

¿Cuales exámenes medicales le han hecho relacionado a su condición?
Rayos X \_\_\_\_\_ Escaneo de Huesos \_\_\_\_\_ Imágenes de Resonancia Magnética \_\_\_\_\_
Tomografía Computarizada \_\_\_\_\_ Estudio de Bario Modificado \_\_\_\_\_

Favor de listar cualquier herida y/o cirugías: \_\_\_\_\_

¿Actualmente Trabaja? Si o No Si es que si, escriba cualquier restricción(es): \_\_\_\_\_
¿Cual es su trabajo? \_\_\_\_\_
¿Esta discapacitado? Si o No Las razón(es): \_\_\_\_\_

Historial Medico ~ ¿Ha tenido cualquiera de las siguientes?

Table with 3 columns of medical conditions and 'no si' status. Includes: Enfermedad del corazón, Artritis, Fiebre reumática, Anemia, Tuberculosis, Diabetes, Convulsiones, Cáncer, Glaucoma, Asma, Sida o VIH+, Embolillo, Hepatitis, ¿Esta Embarazada?, Ulceras en el estomago, Enfermedad de riñones, Enfermedad de Tiroides, Desangramiento exceso, Presión Alta, Presión baja, ¿Fuma?

\*¿Tenemos su permiso de dejar un mensaje en su correo de voz? \_\_\_\_\_
\*¿Algún otro doctor que quiera que le demos información sobre su tratamiento?
\*Favor de listar: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**WELLSPAN REHABILITATION- SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNOS**  
CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION DESDE  
OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO, Y NEGOCIOS

**A service of York Hospital**

**Consentimiento de Tratamiento Medical:** Yo doy mi permiso y autorización a Wellspan Rehabilitation – Servicios de Pacientes Externos, sus agencias, y sus empleados, para administrar cuidado medico, incluyendo, pero no limitado a, procedimientos/pruebas de rutina diagnostica y tratamiento medico como considerado de ser necesario por orden/presencia del doctor y/o su persona indicada. Yo entiendo que los doctores llevando acabo los servicios pueden ser contactares independientes que se las han concedido los privilegios o pueden ser empleados o agentes del WellSpan Rahabilitations- Servicios de Pacientes Externos. Wellspan Rehabilitation – Servicios de Pacientes Externos no puede ser responsable de los actos de los doctores que son contactares independientes del Wellspan Rehabilitation – Servicios de Pacientes Externos. Yo entiendo y no tengo ninguna objeción a doctores que se están entrenando u otro personal del hospital que sea aprobado por ellos en asistiendo en observar mi tratamiento cuando sea propósito de educación de avance medical.

**Autorización del Medicare:** “Certificación de Autorización de Pacientes para Divulgar Información o Pago”: Yo certifico que la información que se me dio para aplicar para pago bajo el Titulo XVIII del acto de Seguridad Social esta correcta. Yo doy autorización a cualquier personal que tenga mi información medical y/o cualquier otra información sea realizada a la Administración de Seguridad Social o sus intermediados o personal cualquier información necesitada por este reclamo o cualquier reclamo del Medicare. Yo autorizo el pago de mis beneficios sean hechos por mi parte.

**Declaración del Recipiente de Asistencia Medical:** Yo certifico que la información es verdad, correcta y exacto. Yo entiendo que el pago y satisficacion de este reclamo será de fondos Federales y del Estado que cualquier reclamo que sea falso, declaración, o documento u ocultación de la certeza de la información pueda ser enjuiciado bajo las leyes Federales y del Estado.

**Acuerdo Financiero:** Las personas indicadas, en consideración a los servicios que se han dado al paciente, es obligado de pagar Wellspan Rehabilitation – Servicios de Pacientes Externos en acuerdo con sus réditos y términos y si la cuenta es referida a un abogado o agencia de colección que también tienen que pagar las cuotas de ellos o gastos de colección, costos de corte y cualquier otro gasto necesario. La persona que firma también es responsable de los cobros que no son cubridos. Se entiende la obligación de pagar Wellspan Rehabilitation – Servicios de Pacientes Externos no puede ser deferida por cualquier razón incluyendo acciones legales contra otros individuos para recuperar costos medicales, y doy consentimiento de divulgar la información requerida para que paguen y colección.

**Sus Beneficios Asignados:** Yo asigno a Wellspan Rehabilitation – Servicios de Pacientes Externos todos mis beneficios medicales y beneficios de seguro que son míos bajo cualquier seguro medico. Yo entiendo que soy responsable financieramente por los cobros que no sean cubridos.

**Valor de Artículos Personales:** Yo entiendo y estoy de acuerdo con Wellspan Rehabilitation – Servicios de Pacientes Externos mantiene una área para aguardar mi dinero o cualquier otro articulo de valor y que Wellspan Rehabilitation no serán responsables por la pérdida de estos artículos. Yo entiendo que soy completamente responsable por mis efectos personales.

*Mi firma representa el conocimiento de haber leído y que entiendo las declaraciones. Yo lo leí y comprendí este consentimiento, autorización, y acuerdo financiero, y acepte los términos como dicho.*

---

Firma del Paciente

---

Firma de Persona Indicada para Consentimiento

---

Relación al Paciente

---

Fecha

---

Testigo



# AUTORIZACION DE DIVULGAR SU INFORMACION PROTEJIDA DE LA SALUD

RECIBIDO DE: \_\_\_\_\_

Yo autorizo, Wellspan Rehabilitation de compartir con: Doctor: \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Facilidades de Servicios: Herr's Ridge, Fairfield, Legal: \_\_\_\_\_

Aspers, WAHC, Bannister St., Queensgate, Otro: \_\_\_\_\_  
Apple Hill, Rehab at York Hospital

Est información es sobre mi:

Favor de Marcar (✓)

Cuidado Especial el \_\_\_\_\_ hasta hoy  
Fechas específicas de visitas a la clínica o procedimientos

Cuidado de emergencia el \_\_\_\_\_  
Fechas específicas de visitas a la sala de emergencia

Favor de Marcar (✓)

Archivo Completo Medical

Archivo de admisión (facesheet)

Instrucciones de irse

Examen

Consultaciones

Notas de Progreso

Ordenes del Doctor

Reporte de Cirugías

Rayos X, Reportes de Imagen

Reportes de Laboratorio

Reportes Farmacéuticos

Otro (favor especificar) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El propósito de divulgar la información mencionada arriba esta indicada con las marcas que se encuentran abajo:

Cuidado Continuo

Seguro

Legal

Otro (por favor especifique)

Yo entiendo que no tengo obligación de divulgar información de mis archivos y que puedo negar esta autorización por sumitir una carta escrita con una copia de esta forma al Oficial de Privacidad de Wellspan en, York Hospital Medical Records Department, 1001 South George Street, York, PA 17403. Yo entiendo que cualquier acción tomada en acuerdo con esta autorización no puede ser reversada y mi revocación no afectara esas acciones.

WellSpan Health no puede condicionar la provisión de mi tratamiento por firmar esta autorización.

Yo entiendo que si la organización autorizada de recibir la información no es un plan de salud o proveedor de cuidado de salud, la información pueda ser re-enviada y no será protegida por las regulaciones de privacidad federal. Pero, algunos archivos en especial como del uso de droga/alcohol, abuso, tratamiento o referencias para el tratamiento de: VIH; y servicios de salud mental no podrán ser re-enviados por la ley del estado de Pennsylvania y regulaciones y/o reglas de confidencia Federal.

Mi firma reconoce que yo he leído y entiendo los continentes de esta autorización y es consentimiento voluntario de divulgar información como dicho incluyendo el realizo de cualquier archivo identificado abajo solamente si marco aquí que no quiero divulgar mis archivos. Marcando o no marcando los cuadritos no es indicación que la información existe. Los archivos de no incluir:  información del VIH;  Servicios de Salud Mental;  Uso de Drogas/Alcohol, abuso, tratamiento, o referencias para tratamiento.

Mi firma también reconoce haber recibido una copia del documento.

\*\*\*ESTA AUTORIZACION SE VENCE EN 12 MESES DESDE ESTA FECHA SOLO SI ES INDICADO DIFERENTE POR EL PACIENTE:\*\*\*

\_\_\_\_\_

Nombre completo del Paciente

Firma de Paciente/Persona Responsable

Fecha

Fecha Nacimiento del Paciente

Relación con el Paciente

Últimos 4 números del numero de seguro del paciente

Firma del Testigo

Fecha

**NOTE: ESTA AUTORIZACION NO SERA ACEPTADA SOLO SI ES COMPLETADA EN TOTAL.**

UNA COPIA DE LA FORMA SERA ACEPTADA EN VEZ DE LA COPIA ORIGINAL

UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION DEBE SER ENTREGADA AL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE