



Wellworks

Physical Therapy and Rehabilitation^{Inc.}

500 W. Glenoaks Blvd. Glendale CA 91202 • Tel: 747-272-0027 • Fax: 7474-272-0041

Ամսաթիվ _____

Սոցիալական քարտի համար _____ - _____ - _____

Պատմություն: Դուք երբևէ այցելել եք Wellworks ֆիզիկական թերապիայի և

վերականգնողական ընկերություն: Այո Ոչ

Վնասվածքների ամսաթիվը _____ Հղում կատարող բժիշկ _____

Այս վնասվածքը կապված է աշխատանքի հետ _____ Ավտովթարի հետ _____

Տեղեկություններ հիվանդի մասին

Օրինական անուն (ազգանուն, անուն, միջին) :

Փողոցի հասցե _____ Քաղաք _____

Նահանգ _____ Փոստային ինդեքս _____

Տնային հեռախոս (_____) _____ Ձեռքի հեռախոս(_____) _____

Ծննդյան ամսաթիվ _____

Սեռը: ____ Արական ____ Իգական

Էլեկտրոնային հասցե:

Կալիֆոռնիայի վարորդի լիցենզիա # _____

Արտակարգ իրավիճակների դեպքում ո՞վ պետք է տեղեկացվի? _____

Հեռախոսահամար (____) _____

***Հիմնական բժիշկ _____ Ապահովագրություն:

Միայն աշխատողների փոխհատուցում

Գործատու

Գործատուի հեռախոս (____) _____ Ձեր

պաշտոնը _____

Գաղտնիության պրակտիկայի ճանաչում

Ես ստացել եմ գաղտնիության պրակտիկայի ծանուցում և ինձ հնարավորություն է



Wellworks

Physical Therapy and Rehabilitation^{Inc.}

500 W. Glenoaks Blvd. Glendale CA 91202 • Tel: 747-272-0027 • Fax: 7474-272-0041

տրվել այն վերանայել:

Ստորագրությունը: _____

Ամսաթիվ: _____

Առողջության պատմության հարցաշար

Անուն: _____

Վնասվածքի ամսաթիվը _____

Ձեր թերապիային աջակցելու համար, խնդրում ենք նշել տվյալ վիճակերից որոնք են առկա Ձեր մոտ

	<u>Այո</u>	<u>Ոչ</u>		<u>Այո</u>	<u>Ոչ</u>
• Բարձր արյան ճնշում	___	___	• Ստենդ	___	___
• Դիաբետ	___	___	• Ցավ կրծքավանդակի շրջանում	___	___
___	___	___	• Ծիսել	___	___
• Արտրիտ	___	___	• Դժվարություն շնչելուց	___	___
___	___	___	• Շնչառական հիվանդություն	___	___
• Օստեոպորոզ	___	___	• Լսողության	___	___
___	___	___	• Թուլացած տեսողություն	___	___
• Գլխացավեր	___	___	• Անհանգստության խանգարում	___	___
___	___	___	• Դեպրեսիա	___	___
կորուստ	___	___	• Հեպատիտ/ՄԻԱՎ դրական	___	___
• Կաթված	___	___	• Հասակ	___	___
• Նոպա	___	___			
___	___	___			
• Քաղցկեղ	___	___			
• Հղիություն	___	___			
___	___	___			
• Հեպատիտ/ՄԻԱՎ դրական	___	___			
___	___	___			
• Տուբերկուլյոզ	___	___	• Քաշը	___	___

Այլ վիճակներ (Ներառյալ ալերգիաներ):



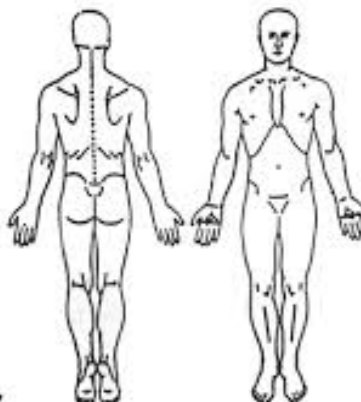
Wellworks

Physical Therapy and Rehabilitation^{Inc.}

500 W. Glenoaks Blvd. Glendale CA 91202 • Tel: 747-272-0027 • Fax: 7474-272-0041

Անցյալ բժշկական պատմություն (ներառյալ վիրահատությունների ամսաթվերը, զգալի վնասվածքներ և որևէ մետաղական իմպլանտներ):

Դեղամիջոցներ:



Ձեր ցավը: __ կայուն __ ընդհատվող
 Աստիճանացույցի վրա 0-10 (0 =ցավ չկա, 10 =ամենավատ ցավը),
 Ներկայիս գեր ցավը ____, տատանվում է__ ից ____.
 Խնդրում եմ ցույց տվեք Ձեր ցավացող մասը ձախ կողմում
 O = շրջանակի մեջ վերցրեք ցավացող մասը
 X = նշեք այնտեղ, որտեղ ցավը մեծ է
 /// = նշեք այն տարածքները, որոնք ունեն թմրություն, խայթոց և այլոց

այլոց

Չեղարկման և չներկայանալու ապահովագիր

Մենք ձգտում ենք մեր այցելուներին մատուցել բարձրորակ իսկամբ և ծառայություն: Մենք պատասխաատու ենք Ձեր լավ ինքնագզացողության համար, և Ձեր ֆիզիկական կարողությունների վերականգնմանը բոլորն այս կլինիկայում լրջորեն են վերաբերվում:

Քանի որ մենք շատ հոգատար ենք Ձեր նկատմամբ, մենք շեշտը դնում ենք թերապիայի ընթացքում Ձեր ներգրավվածության կարևորության վրա: Փորձից ելնելով մենք հասկացել ենք, որ սա կարևոր է Ձեր վերականգնման համար:

Բուժման համար նախատեսվող ժամերի քանակությամբ այցելությունները Ձեր առաջընթացի կարևոր բաղադրիչն են: Այսպիսով մենք ունենք որոշակի կանոններ, որոնց պետք է հետևել օպտիմալ արդյունքների հասնելու համար:

Մենք ակնկալում ենք, որ Դուք կհետևեք Ձեր այցելություններին և չմոռանալու համար առաջարկում ենք գրել ժամանակացույցը:

Բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների, ակնկալվում է, որ Դուք կներկայանաք բոլոր այցելություններին: Եթե կարիք ունեք վերանշանակելու այցելությունը, մենք պահանջում ենք տեղեկացում 24 ժամ մինչ այցելությունը: Նման դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել մեր գրասենյակ և պայմանավորվել նոր այցելության համար ընդունարանի աշխատակցի հետ: Ցանկալի է, որ նոր այցելությունը լինի նույն շաբաթվա ընթացքում, նախընտրելի է հաջորդ օրը: Դուք պետք է թողնեք



Wellworks

Physical Therapy and Rehabilitation^{Inc.}

500 W. Glenoaks Blvd. Glendale CA 91202 • Tel: 747-272-0027 • Fax: 7474-272-0041

ձայնային հաղորդագրություն, եթե չեք կարող գանգահարել աշխատանքային ժամերին:

Եթե առանց մինչև 24 ժամ առաջ տեղեկացնելու չներկայանաք կամ հետաձգեք այցելությունը կգանձվեք \$35: Ձեր բժշկական ապահովագրությունը չի վճարելու այս գումարը, այն պետք է Դուք անձամբ վճարեք: Մենք պահանջում ենք քրեդիտ քարտի համար Ձեր հաջորդ այցելությունը պահելու համար, և հետագա չեղարկումների համար կգանձենք համապատասխան գումարն առանց զգուշացնելու:

Եթե ուշանում եք այցելությունից, մենք կհարմարեցնենք Ձեզ հետ: Սակայն, Դուք չեք ստանա պլանավորած բուժումն ամբողջությամբ:

Աշխատողի Փոխհատուցման և Անձնական վնասվածքների այցելուների համար մենք պարտավոր ենք ցանկացած բաց թողնված նշանակումների փաստաթղթեր ուղարկել Ձեր գործի կառավարչին և հիմնական բժշկին: Սա կարող է վտանգել Ձեր հայրը:

Այցերին շարունակական չհաճախելու դեպքում, մենք իրավունք ենք վերապահում դադարեցնել բուժօգնությունը և տեղեկացնել Ձեր բժշկին, որ Ձեր ծառայությունը դադարեցվել է՝ սահմանված վերականգնողական կարգին չհամապատասխանելու պատճառով:

Մենք բարձր ենք գնահատում Ձեզ, որպես մեր այցելու, և ձգտում ենք Ձեզ համար հասնել հիանալի արդյունքի և հաջողության:

Ես կարդացել և հասկացել եմ այս ապահովագիր _____

Այցելուի ստորագրություն

Ամսաթիվ: _____

ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՄԱՍՈՎ ԶԱՂԱԶԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Շնորհակալ ենք Ձեր բուժումը Wellworks Physical Therapy and Rehabilitation Inc.-ին վստահելու համար: Մեր քաղաքականությունը հետևյալն է.

Բժշկական գրառումների թողարկում. Ձեր բուժումը հեշտացնելու համար Դուք հայցում եք, որ բուժմանը վերաբերվող բոլոր բժշկական փաստաթղթերը հասանելի լինեն Wellworks Physical Therapy and Rehabilitation Inc.-ին: Այս թողարկման կրկնօրինակը համարվում է նույնքան վավեր, որքան բնօրինակը: Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել Ձեր մասին բժշկական տեղեկությունները՝ Ձեզ բժշկական օգնություն կամ ծառայություններ տրամադրելու, վճարումների, մեր առողջապահական գործողությունների համար: Ձեզ տրվել է գաղտնիության ծանուցման կրկնօրինակը: Դուք նաև իրավունք ունեք պահանջելու, որ բուժումների, վճարումների և առողջապահական գործողությունների համար Ձեր մասին տեղեկություններն օգտագործվեն սահմանափակորեն: Այս թողարկումն ուժի մեջ կլինի մինչև չեղյալ համարվելը:

Խնամքի համաձայնագիր. Դուք գիտակցում եք, որ Ձեր թերապևտները կարող են քննարկել Ձեզ հետ ձեր ախտորոշումը, բուժումը, ռիսկի գործոնները, օգուտները և ցանկալի արդյունքին հասնելու սպասելիքները: Ակնկալվում է, որ ցանկացած հարց կուղղեք տրված տեղեկատվության մասին գաղափար կազմելու համար: Այսպիսով Դուք Ձեր համաձայնությունն եք տալիս Wellworks Physical Therapy and Rehabilitation, Inc.-ի անձնակազմին, Ձեր բժշկի գրավոր և բանավոր նշանակումով թերապևտիկ խնամք և ծառայություններ տրամադրելու, ցանկացած լրացուցիչ խնամքի և ծառայությունների վերաբերյալ, որոնք կարող են օգտակար լինել, արհեստավարժ դատողություն անցկացնելու համար: Դուք տեղյակ եք, որ թերապիան կարող է հանգեցնել հետևյալին. ցավի ավելացում, այտուցվածություն, կարմրություն, այրվածքի զգացողություն կամ վերքի արևահոսություն:

Այցելություն/Համապատասխանություն. : Այցելությանը հասնել ժամանակին: Եթե ուշանաք, չեք ստանա բուժումն ամբողջությամբ: Երբ ժամանեք ստորագրեք ընդունարանում: **Առանց մինչև 24 ժամ առաջ տեղեկացնելու չներկայանալու կամ հետաձգելու համար կգանձվեք \$35:** Ձեր բժշկական ապահովագրությունը չի վճարելու այս գումարը, այն պետք է վճարվի անձամբ Ձեր կողմից: Ձեր պայմանավորված այցելություններին շարունակական չներկայանալու դեպքում, մենք իրավունք ենք վերապահում դադարեցնել խնամքը և տեղեկացնելու Ձեր բժշկին, որ ծառայությունը դադարեցվել է նշանակված թերապիային չհամապատասխանելու պատճառով:



Wellworks

Physical Therapy and Rehabilitation^{Inc.}

500 W. Glenoaks Blvd. Glendale CA 91202 • Tel: 747-272-0027 • Fax: 7474-272-0041

Գանձում և ապահովագրություն. Ամսիջապես տեղեկացրեք մեր գրասենյակ, եթե տեղի է ունենում ապահովագրության ծածկույթի փոփոխություն: Եթե չտեղեկացնեք մեր գրասենյակին Ձեր ապահովագրության փոփոխության մասին, Դուք եք պարտավորվում կատարել վճարումը:

_____ Medicare Ապահովագրություն. Մենք ընդունում ենք Medicare և Ձեր փոխարեն կուղարկենք հաշիվը Medicare-ին: Եթե Medicare-ը Ձեր միակ ապահովագրությունն է, Դուք եք պատասխանատու 20% կանխավճարի, ինչպես նաև ցանկացած նվազեցման համար: Օրենքով, Դուք կգանձվեք ցանկացած կանխավճարի կամ նվազեցումների համար, Medicare նպաստների բացատրությունը ստանալուց հետո:

_____ Կանխիկ/հնքնավճար. Ծառայությունները պետք է վճարվեն հետևյալ դրույքով. \$110 նախնական քննության և բուժման համար, \$90 մեկ ժամանոց բուժման համար, \$60 30 րոպեանոց բուժման համար: Դուք չեք տրամադրել մեր ընկերությանը Ձեր ապահովագրության մասին տեղեկատվություն և մենք Ձեր անունից պահանջներ չենք ներկայացնի: Դուք հասկանում եք, որ եթե փորձեք ինքներդ դիմել փոխհատուցման համար, Ձեր հայցը կմերժվի:

_____ Այլ ապահովագրական պլան. Մեր գրասենյակը, քաղաքավարությունից ելնելով, կկապվի Ձեր ապահովագրական ընկերության հետ Ձեր նվազեցման, կանխավճարի և ծառայությունը ծածկող պայմանների մասին տեղեկություն պահանջելու համար: Մենք Ձեզ կտեղեկացնենք նրանց արձագանքի մասին, բայց երաշխավորված չէ, որ նրանք կհամազործակցեն կամ կվճարեն: Մենք առաջարկում ենք Ձեզ պարբերաբար գանգահարել Ձեր ապահովագրական ընկերությանը՝ ստուգելու Ձեր ծածկույթի և նպաստների փոփոխությունները:

Վճարումների քաղաքականություն. Այցելուի միակ պատասխանատվությունն է վճարել մատուցված ծառայությունների համար: Քաղաքավարությունից ելնելով մենք ենք ուղարկում հաշիվը և ստանում ապահովագրությունից: Ձեր ապահովագրության քաղաքականությունը պայմանագիր է Ձեր և ձեր ապահովագրական օպերատորի միջև, և Wellworks Physical Therapy and Rehabilitation, Inc.-ը չի հանդիսանում այդ պայմանագրի կողմերից մեկը: Եթե Ձեր օպերատորը չի կատարել վճարումը 45 օրվա ընթացքում, այցելուն պատասխանատվություն է կրում մնացորդի համար, ներառյալ կանխավճարները, նվազեցումները և ցանկացած տոկոս, որն ապահովագրությունը չի ծածկում: Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ մատուցվող ծառայությունների մի մասը և, հավանաբար բոլորը, կարող են լինել չծածկվող և չհամարվել ողջամիտ և անհրաժեշտ Ձեր ապահովագրության ներքո: Մենք իրավունք ենք վերապահում գանձել հաշվին 45 օրից ավել մնացած մնացորդի տոկոսագումարը, ամսական մինչև 4%, բայց ոչ ավելի քան օրենքով թույլատրված առավելագույն տոկոսագումարը: Մեր ընկերության քաղաքականությունն է հավաքել բոլոր կանխավճարները և նվազեցումները մուտք գործելու պահին: Որոշ կանխավճարներ նախօրոք կատարված են, իսկ որոշները գնահատված: Այցելուի հայտարարությունը կուղարկվի, եթե ապահովագրության վճարումից հետո հաշվին մնացորդ կմնա: Եթե անհրաժեշտ է, որ հաշիվը փաստաբանին ուղարկվի հավաքագրման կամ հայցադիմումի համար, Դուք պատասխանատվություն եք կրում փաստաբանի վճարների և հավաքագրման ծախսերի համար: Վերադարձված չեկերի համար վճար կա \$25.00 չափով:

Խնդրում ենք ստորագրել ստորև՝ նշելով, որ Դուք ստացել եք այս ծանուցման պատճենը և կարդացել, հասկացել և համաձայն եք դրա պայմանների հետ: Ձեր ստորագրությամբ Դուք հետագայում համաձայն եք վերջնական և պարտադիր արբիտրաժ անցկացնել Ձեր և Wellworks Physical Therapy and Rehabilitation, Inc.-ի միջև ծագած բոլոր պահանջների, վեճերի կամ հակասությունների վերաբերյալ, լինի դա պայմանագրային, կանոնադրական կամ ընդհանուր օրենքով: Լրացուցիչ Դուք համաձայն եք հրաժարվել ատենակալների դատավարության Ձեր իրավունքներից և օգտվել ծառայություններից, և արբիտրաժ անցկացնել Ամերիկյան արբիտրաժային ասոցիացիայի կողմից հրապարակված այն ժամանակվա կանոննորով:

_____ Այցելուի կամ պատասխանատու կողմի ստորագրություն _____ Անուն _____ Ամսաթիվ