

Información del Paciente

Nombre _____ I. _____ Apellido _____

Fecha Nac. _____ Edad _____ # SS _____

Dirección Actual _____

Ciudad: _____ Edo.: _____ Zip _____ Celular # _____

Género M F Prefiero no responder Estado civil Soltero Casado Divorciado Viudo

Autorización para comunicación por email

Con la información de mi email, acepto que el personal autorizado de esta unidad de fisioterapia se puede comunicar conmigo referente a las citas, tratamiento e información educativa y promocional sobre la salud.

Email: _____

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

Doctor Seguro Correo Familia/Amigo Google Red Social Paciente previo Otro: _____

Metodo de contacto: Telf. Mensaje Email No autorizo comunicación por email

Lengua preferida Inglés Español Otro _____ Necesito traductor

Información del Seguro

Información de pago: Le cobraré al seguro por estos servicios No tengo seguro o pagaré directamente

Tiene usted Medicare? Sí No Si lo tiene, ¿incluye Home Health? Sí No

Nombre de la agencia Home Health y teléfono: _____ Fecha del alta: _____

¿Ha recibido fisioterapia en algún otro lugar este año calendario? S/N Lugar: _____ Num. de visitas: _____

¿Su Visita se trata de lesión? Sí No De ser sí, Marque: Trab. Accidente de auto

Otros/lesión/Litigio Nombre del abogado y teléfono: _____

Seguro médico

Seguro primario

Plan de seguro: _____ # Póliza: _____ # Grupo: _____

Telf. del seguro: _____ Titular de la póliza: _____ Relación: _____ F. N.: _____

Seguro secundario

Plan de seguro: _____ # Póliza: _____ # Grupo: _____

Telf. del seguro: _____ Titular de la póliza: _____ Relación: _____ F.N.: _____

Información del médico

Nombre del médico: _____ Telf.: _____ Prox. cita: _____

Información del empleador

Nombre/dirección: _____ Teléf: _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ Telf.: _____ Relación: _____

Autorización de contacto y comunicación verbal

Autorizo al proveedor a emitir información médica reservada a las siguientes personas. La cancelación de esta autorización debe hacerse por escrito. Nombre: _____ Relación: _____

Cuestionario médico del paciente

Estatura: _____ ft. _____ in. Peso: _____ lbs. Médico Referente: _____

Sintomas

¿Qué problema(s) presenta usted hoy? (Describa el tipo y localización de los síntomas)

Fecha aproximada en que presentó los síntomas: _____

¿Cómo se inició el problema(s)?: _____

¿Ha tenido cirugías por esta lesión?: Sí No ¿Cuántas cirugías?: _____ Tipo of cirugía: _____

EVALUACIÓN DEL DOLOR											
Evalúe el nivel de dolor en la siguiente escala, 0 es sin dolor y 10 el peor dolor imaginable.											
	N/A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor en reposo											
Dolor en actividad											
PROBLEMAS FUNCIONALES											
Indique todos los problemas funcionales que tenga debidos a su diagnóstico											
1											

¿Ha recibido alguno de estos tratamientos o rehabilitación por esta lesión o episodio? Marque todos los que aplican:

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Quiropráctico | <input type="checkbox"/> | Médico general | <input type="checkbox"/> |
| Terapia de masaje | <input type="checkbox"/> | MRI | <input type="checkbox"/> |
| Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> | Neurólogo | <input type="checkbox"/> |
| Fisioterapia | <input type="checkbox"/> | Ortopedista | <input type="checkbox"/> |
| Sala de emergencias | <input type="checkbox"/> | Rayos X | <input type="checkbox"/> |
| Tomografía (CT Scan) | <input type="checkbox"/> | | |

Otro: _____

Marque TODAS las que haya padecido aplicables:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Disnea/Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> | Artritis/Inflamación de articulaciones | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades del corazón o angina | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> |
| Marcapasos o desfibrilador | <input type="checkbox"/> | Trastornos o dificultades del sueño | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> | Trastornos emocionales/Psicológicos | <input type="checkbox"/> |
| Infarto | <input type="checkbox"/> | Dificultades auditivas o visuales | <input type="checkbox"/> |
| ACV/AIT | <input type="checkbox"/> | Adormecimiento o cosquilleo | <input type="checkbox"/> |
| Neurisma/Embolia | <input type="checkbox"/> | Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> | Debilidad | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno tiroideo/Bocio | <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso/Pérdida de energía | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | ¿Fuma? | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades infecciosas | <input type="checkbox"/> | ¿Está embarazada? Semanas _____ | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Ha tenido cirugías mayores | <input type="checkbox"/> |
| Cancer or Quimioterapia/Radioterapia | <input type="checkbox"/> | Alergias | <input type="checkbox"/> |

Indique cuáles: _____

Cuestionario médico del paciente (continuación)

Medicación

Está tomando medicamentos, prescritos o no, actualmente? Sí No Lista entregada

Nombre	Cuánto (Dosis)	Frecuencia	Presentación (Marque)					
			Crema	Píldora	Gotas	Parche	Inyección	Inhalador
			Crema	Píldora	Gotas	Parche	Inyección	Inhalador
			Crema	Píldora	Gotas	Parche	Inyección	Inhalador
			Crema	Píldora	Gotas	Parche	Inyección	Inhalador

Historia de caídas

Cuántas veces: ____ Si la hubo, caída más reciente: 6 semanas 6 meses 12 meses Más de un año

Autorización y Declaración de Responsabilidad Financiera

Paciente: _____ Fecha: _____ Med Rec #/Account# _____
(solo para uso interno)

Por la presente autorizo el uso y divulgación de mi información médica para el tratamiento que me proporciona esta **unidad de fisioterapia**; el pago por los servicios prestados por el proveedor u otros proveedores de atención médica y las operaciones de esta, y otras, **unidad de fisioterapia** bajo ciertas circunstancias. Entiendo que una explicación más detallada de las formas en que esta **unidad de fisioterapia** puede usar y divulgar mi información médica se encuentran en la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Proveedor, la cual me ha sido suministrada.

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Nuestro objetivo es proporcionar la más alta calidad de atención en un entorno seguro, en el que los pacientes pueden recibir tratamiento, y el personal puede llevar a cabo sus responsabilidades profesionales con los pacientes. En nuestros esfuerzos por lograr este objetivo, requerimos que todos los pacientes, familiares, acompañantes y visitantes se abstengan de cualquier comportamiento perturbador, que pueda constituir una amenaza para los derechos o la seguridad de otros pacientes y empleados. En consecuencia, nuestros pacientes aceptan abstenerse de las siguientes acciones: (1) traer armas de fuego u otras armas a la clínica; (2) comportamiento inapropiado que implique consumo de alcohol/sustancias en el momento del tratamiento; (3) intentar intimidar o acosar de cualquier manera a terapeutas, personal u otros pacientes; (4) tocar inapropiadamente a terapeutas, personal o pacientes; (5) insultos raciales o culturales u otras observaciones despectivas asociadas con, pero no limitados a, raza, lenguaje o sexualidad; (6) hacer declaraciones acosadoras, ofensivas o intimidatorias, o amenazas de violencia a través de cualquier medio de comunicación; (7) hacer amenazas verbales para dañar a otro individuo o destruir bienes; (8) agredir físicamente o infligir daño corporal y (9) dañar intencionalmente equipos o propiedades. Se solicitará a los infractores de las acciones antes mencionadas abandonar las instalaciones o sean dados de alta de la clínica. Nuestros pacientes tienen derecho a servicios de fisioterapia sin discriminación basada en la raza, el color, la religión, el sexo, la orientación sexual o nacionalidad. Mi firma a continuación indica que apoyaré a la clínica en sus esfuerzos por proporcionarme atención de calidad en un ambiente seguro y que entiendo y acepto los términos del Código de Conducta del Paciente.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN E INASISTENCIA

Se espera que los pacientes asistan a todas las citas programadas para maximizar los beneficios de su plan de tratamiento. Si un paciente no puede asistir a una cita programada, deberá notificarlo con 24 horas de anticipación o se le puede cobrar una tarifa de cancelación de \$60. Dos (2) citas consecutivas incumplidas pueden ocasionar la interrupción del programa de citas para la terapia en cuestión. Un patrón de ausencias frecuentes (cancelación o inasistencia) se considerará problemático y dará lugar a la interrupción de los servicios. Las ausencias planificadas de la terapia programada no se considerarán cancelaciones o inasistencias. Si un paciente notifica una ausencia planificada, su programa vigente puede ser colocado en "espera" por un periodo de hasta dos (2) semanas. Es posible que sea necesario renovar un tratamiento y un programa de citas, dependiendo del tiempo transcurrido.

NOTIFICACIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN TELEFÓNICA DEL CONSUMIDOR

Con el fin de dar servicio a mi cuenta o para cobrar cualquier cantidad que adeude, podrán ponerse en contacto conmigo a cualquier número de teléfono asociado a mi cuenta, incluidos los teléfonos inalámbricos, lo que podría generar cargos. También, podrán ponerse en contacto conmigo por mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando una dirección de correo electrónico que consigno. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.

Acuse de recibo de la notificación de las Prácticas de Protección de Privacidad

En este acto admito recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta unidad de fisioterapia:

Este proveedor realiza recordatorios mediante llamadas, correos y mensajes. La firma abajo también da su consentimiento para dichos recordatorios.

Mi firma a continuación indica que entiendo los términos del tratamiento de esta unidad de fisioterapia

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del nombre anterior: _____ Fecha: _____

Firma del tutor (si se requiere): _____ Fecha: _____

Firma del anterior (si no es paciente): _____ Fecha: _____

Medicare Pagador Secundario Para llenar solo si está registrado en Medicare

Nombre: _____ Fecha: _____ Med Rec #/Account#
(solo para uso interno)

En cumplimiento de normativas obligatorias de Medicare Secondary Payer (MSP), estamos obligados a solicitar la siguiente información para determinar si Medicare es su seguro primario.

1. ¿La enfermedad o lesión es causada por un accidente de auto, responsabilidad civil o laboral? Sí No
2. ¿La enfermedad está cubierta por el Black Lung Program o el Veterans Administration Program? Sí No
3. Si es menor de 65, ¿es un paciente de diálisis en los primeros 30 meses de cobertura Medicare? Sí No
4. Si es menor de 65, incapacitado, y cubierto por un Plan Colectivo de Salud, ¿el empleador tiene más de 100 empleados? Sí No
5. Si tiene 65 años o más, ¿está usted o su conyuge empleado(a) por una empresa de más de 100 empleados y cubierto(a) por su Plan Colectivo de Salud? Sí No

PARA USO INTERNO:

Si el paciente responde "no" a todas las preguntas, su Medicare es primario. Si responde "si" a cualquiera de las preguntas, Medicare es secundario y se debe obtener información del seguro primario. **ASEGURESE DE QUE ESTA INFORMACION DEL SEGURO SE COMPLETE.**

Seccion de Home Health-OBLIGATORIA

Recibe o ha recibido servicios médicos de algunos de los siguientes:

Unidad de enfermería Sí No

Agencia de Home Health Sí No

Fecha del alta: _____ ¿Tiene una copia de la carta del alta? Sí No

Nombre de agencia Home Health: _____ # Teléfono: _____

Esta declaración sirve como notificación de que si usted aún está recibiendo servicios de enfermería calificada o Home Health, puede ser financieramente responsable del tratamiento recibido en nuestra clínica.

Protocolo para la solución de reclamos de los beneficiarios de Medicare

El paciente tiene derecho a expresar libremente los reclamos y recomendar cambios en la atención o servicios sin temor a represalias o interrupción injustificada de los servicios. Todos los reclamos serán manejadas de manera profesional. Todos los reclamos registrados serán respondidos por escrito o por teléfono por un gerente de la oficina principal e investigados por el Funcionario de Cumplimiento dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la queja. En caso de no haber una resolución satisfactoria del reclamo, el siguiente nivel jerarquico será notificado progresivamente hasta llegar al propietario de la empresa.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Cuestionario de cobertura de terceros

Nombre: _____ Fecha: _____ Med Rec #/Account# _____
(solo para uso interno)

CUESTIONARIO DE LA RESPONSABILIDAD POR LA LESIÓN

La naturaleza de su lesión puede alertar a su compañía de seguros sobre posibles responsabilidades. Completar este formulario permite que esta unidad de fisioterapia brinde una respuesta rápida a esas consultas y evite retrasos de sus reclamaciones.

¿Es una lesión de origen laboral? Sí No ¿Relacionada con autos? Sí No
¿Pretende presentar una demanda contra una póliza de seguro de un negocio o propietario de vivienda? Sí No

**Si respondió NO a las preguntas, no es necesario llenar el resto de este formulario.
Firme y coloque la fecha al final de esta página.**

Información sobre lesiones

Fecha de lesión/inicio condición/reciente exacerbación?: _____

Describa en detalle cómo ocurrió la lesión: _____

Nombre y ubicación donde ocurrió la lesión (p.ej.: tienda, restaurante, intersección, etc.): _____

Responsabilidad del accidente Mía Otro, describa _____

Seguro de la parte responsable: _____ # Demanda: _____

Dirección: _____

Nombre del perito: _____ Telf. del perito: _____

La información anterior es precisa y fidedigna a mi mejor entender. Me comprometo a notificar inmediatamente a esta unidad de fisioterapia cualquier cambio en esta información.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Cuando el paciente es un menor de edad o no es competente para dar su consentimiento, se requiere la firma de un padre, tutor u otro representante legal.

Firma representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Autoridad del representante legal: Padre Poder legal médico Otro: _____
Explique y anexe documentación