

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTE

Por Favor Imprimir

Nombre Del Paciente: _____ Genero: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Casa: _____ Número Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Quieres recibir recordatorios de citas a través de correo electrónico: Sí No

Menores de 18 años, Padre/Tutor: _____ Relación con el paciente: _____

Seguro Social del Padre/Tutor: _____ Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono/Relación: _____

¿Tienes una receta de un proveedor médico para la terapia física? Sí No

¿En caso afirmativo, quién es el médico? _____ ¿Cuál es la fecha de siguiente cita? _____

¿Cómo se enteró de la ProActive Physical Therapy?

Familia/amigo/conocido

Empleado de ProActive

Anuncio

Ex paciente

Seguro Medico/Empleador

Ninguno, médico refiere

Sitio Web/Social Media

Club deportivo/entrenador

Free Injury Screening

Señalización de ubicación

¿Estás buscando terapia física debido a una lesión de los deportes? Sí No

Persona/escuela/equipo que lo refirió: _____

¿Está usted buscando terapia física debido a un accidente de trabajo? Sí No

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección de empleador: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO *(Para ser completado, aunque provea tarjetas de seguro)*

Seguro Primario

Nombre seguro: _____

Dueño de seguro médico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Seguro Secundario

Nombre seguro: _____

Dueño de seguro médico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

FORMA DE HISTORIAL MEDICO

Nombre del paciente: _____ Genero: Masculino Femenino Fecha: _____

Nombre de su doctor: _____ Fecha de siguiente cita: _____

Parte afectada de su cuerpo: _____ Fecha lesión/accidente: _____ Fecha de cirugía: _____

Ocupacion: _____ Estado de trabajo: Tiempo Complete Medio Tiempo Desempleado

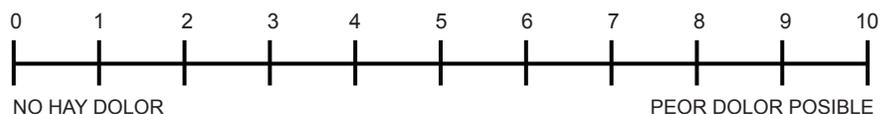
Pasatiempos: _____ Tratamiento previo: _____

Altura: _____ Peso: _____

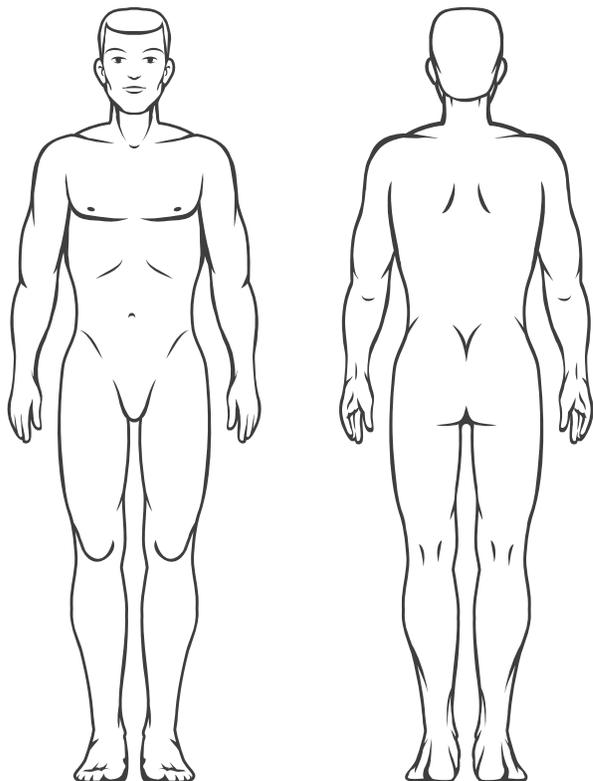
¿Cual fue el Motivo de su Leccion?

- Relacionado con Trabajo Crónica/Recurrente Caída Accidente de Auto
 Recreativo Levantar o Cargar Insidiosa Cirugia

¿Cual es su nivel de dolor en las ultimas 24 horas? 0-10 escala de calificación numérica del dolor.



Favor de usar este diagrama para marcar donde sientes síntomas son en este momento.



Símbolos para uso:

- Dolor: Δ Δ Δ Quemadura: X X X
 Apuñalamiento: / / / Entumecimiento: = = =
 Alfileres y Agujas: ○ ○ ○ Irradia: → → →

Mis síntomas se sienten mejor cuando hago: _____

Mis síntomas se empeoran cuando hago: _____

Mis Síntomas son:

- Constante Intermitente Crónica Nuevo

¿Son tus actividades de trabajo o de vida diaria limitadas?

- Si Parcial No

En conjunto con esta forma, usted tendrá que contestar una escala de los resultados funcionales.

FORMA DE HISTORIAL MEDICO (CONTUACION)

¿Cuál es su objetivo al hacer terapias físicas? _____

¿Que tan seguido hace ejercicio por mas de 20 minutos al dia?

1x/semana 2x/semana 3x/semana 4x/semana 5x/semana 6x/semana 7x/semana

¿Usted fuma? Si No

Favor de listar los más reciente exámenes medicos (*Xray, MRI, CT Scan, EEG, EMG, Injections*): _____

¿Tiene alergias a latex, frío, calor o medicamentos? Si No En caso afirmativo: _____

¿Está usted tomando medicamento? Por favor ver la lista proporcionada por el paciente.

¿Está usted en cualquier diluyentes de la sangre? Si No INR: _____

¿Ha tenido una estancia o casa de salud en un centro de hospitalización en los últimos 30 días? Si es así, favor de explicar dónde.

¿Usted se ha dado de alta? Si No ¿Cual fue la fecha que fue dado de alta? _____

¿A tenido una caída en el ultimo año? Si No ¿Cuántas veces? _____

¿Resultado latismado cuando tubo su caída? Por favor describa: _____

¿Donde fue que caiste? (Ejemplo: locación, utilizando un dispositivo auxiliar, etc.) _____

Pasado Historial Medico

¿Recientemente a sentido alguno de los siguientes sitomas? (*marcar todos los que aplican*)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambios en el Intestino o la Vejiga | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Náuseas y Vómitos | <input type="checkbox"/> Dificultad Para Respirar |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Sudoración/Fiebre/Escalofríos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Cambios de Peso Inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar | <input type="checkbox"/> Agruras/Indigestion | <input type="checkbox"/> Dolor que despierta por la noche | <input type="checkbox"/> Tos Inexplicada |
| <input type="checkbox"/> Vértigo/Mareo | <input type="checkbox"/> Inconciente | <input type="checkbox"/> Frecuencia Cardíaca Rápidas/Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Cambios en su vista |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular | <input type="checkbox"/> Reciente Dolores de Cabeza | |
| <input type="checkbox"/> Cirugías previas. por favor describa: _____ | | | |

¿Usted ha sido diagnosticado con cualquiera de las siguientes? (*marcar todos los que aplican*)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho o Angina | <input type="checkbox"/> Tensión Arterial Alta/Baja | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Crónicos | <input type="checkbox"/> Pulmón Enfermedad/EPOC/SDRA | <input type="checkbox"/> TB/VIH/Hepatitis A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Ataque de Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica (<i>EM, Parkinson</i>) | <input type="checkbox"/> Afección Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vejiga urinaria/renal | <input type="checkbox"/> Trastornos de Depresión/Ansiedad/Pánico | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide/Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Problemas vasculares/circulación / coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de Hueso/Articulación | <input type="checkbox"/> Diabetes de Tipo I / Tipo II | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Impedimentos visuales o auditivos |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad GI (Hígado, úlcera, Hernia, reflejo, vesícula) | <input type="checkbox"/> Convulsiones o Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |

La información que he proporcionado es completa, verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO: Por medio de la presente, doy mi consentimiento mostrando con mi firma de estoy de acuerdo que ProActive Physical Therapy provea el tratamiento, y el cuidado rehabilitar y apropiado tal y como se considere necesario sea la mejor opción para atender mi condición física. Yo entiendo que los beneficios y riesgos del tratamiento serán explicados y yo como el paciente tengo la decisión final.

NOTIFICACION DE PAGO DIRECTO DE EL MIEMBRO PARA EL PROVEEDOR: La constitución del estado de Arizona permite que tú le pagues al profesional de la salud directamente por sus servicios. Si usted tiene cobertura de seguro médico activo, favor de revisar las instrucciones de su compañía aseguradora en relación al pago antes de hacer cualquier arreglo para pagar directamente. Al firmar el siguiente acepto que mis reclamos de terapia física se envíen a mi compañía de seguros médicos que yo había suministrado.

AUTORIZACIÓN PARA PAGOS: Yo por medio de la presente autorizo para que los pagos de la seguridad se envíen directamente a ProActive Physical Therapy, Billing Department, 15410 S. Mountain Pkwy. Suite 112, Phoenix, AZ 85044 por servicios médicos recibidos. Yo comprendo que soy responsable económicamente por los gastos que mi aseguradora no cubra. En caso de fallar con tales pagos, yo me comprometo a pagar los costos de colección además de sus recargos para obtener el pago de colección de esta cuenta.

PÓLIZA DE CANCELACION: Yo entiendo claramente que ProActive Physical Therapy, tiene su póliza de que en caso de re-agendar o cancelar una cita hecha previamente, se debe avisar al personal de ProActive Physical Therapy al menos 24 horas antes de la misma, de lo contrario un recargo de cancelación de **\$25.00** se le agregara para la segunda ocasión. Un cambio de cita no se considera una cancelación.

PACIENTES CON COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: Estamos obligados a informar a su Ajustador de compensación al trabajador o Gerente de rehabilitación de todo cancelado citas. También es necesario que todas las visitas perdidas sean re-agendadas la misma semana. Un cambio de cita no se considera una cancelación.

ACUERDO DE FOTOGRAFÍA / VIDEOGRAFÍA: Entiendo que para proteger la confidencialidad de nuestros pacientes, no se puede filmar, publicar "en vivo" a través de las redes sociales o tomar fotografías de mi tratamiento o de otros pacientes sin la autorización previa del Director de la Clínica.

AUTORIZACIÓN A COMUNICARSE ELECTRÓNICAMENTE: Entiendo que el personal (incluyendo mi terapeuta) puede comunicarse conmigo en cuanto a citas, el tratamiento había proporcionado, programas de ejercicio casero, contenidos educativos/informativos que se relaciona con mi condición. Entiendo que mi información de salud protegida (PHI) no serán comunicados electrónicamente. Entiendo que tengo la oportunidad de optar a futuras comunicaciones en cualquier momento utilizando la opción "Cancelar suscripción" en cualquier comunicación a través de texto o correo electrónico.

Certifico que he leído, entendido y estoy de acuerdo con cada una de las declaraciones en este documento.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRACTICAS DE INFORMACION DEL PACIENTE

Este aviso describe como la información medica en cuanto a usted pudiera ser usada o revelada y como se puede tener acceso a la información. Favor de repasarla cuidadosamente.

PROACTIVE PHYSICAL THERAPY'S DEVER LEGAL

A ProActive Physical Therapy le es requerido por ley que proteja la privacidad de la información de su salud personal, que provea este aviso en cuanto a la Información de prácticas y seguir las prácticas descritas aquí.

USOS Y REVELADO DE INFORMACIÓN DE SALUD

ProActive Physical Therapy usa su información de salud personal primeramente para su tratamiento; para obtener pago por ese tratamiento; para llevar a cabo actividades administrativas internas y para evaluar la calidad de cuidado que proveemos. Por ejemplo, ProActive Physical Therapy puede usar su información de salud personal para contactarnos con usted y proporcionarle recordatorios para sus citas, o proporcionarle información en cuanto a alternativos para tratamiento o algún otro beneficio de salud que sea de su interés.

ProActive Physical Therapy puede usar o revelar su información de salud personal sin previa autorización para propósitos de salud pública, para propósitos de auditorías, para estudios de investigación y para emergencias. Nosotros también proporcionamos información cuando es requerida por la ley.

En cualquier otra situación la póliza de, ProActive Physical Therapy es de obtener autorización por escrito antes de revelar su información de salud. Si usted nos proporciona dicha autorización para revelar su información por cualquier razón, usted puede después revocar dicha autorización para detener en el futuro el revelado de su información en cualquier momento.

ProActive Physical Therapy puede cambiar esta póliza en cualquier momento. Cuando se hacen cambios, un nuevo aviso de Información de Prácticas será puesta en la clínica y será proporcionada a usted en su próxima visita. Usted también puede pedir una copia con la información al día del Aviso de Información de Practicas en cualquier momento.

DERECHOS INDIVIDUALS DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de revisar o obtener una copia de su información de salud personal en cualquier momento. Usted tiene el derecho de pedir que se corrija cualquier información errónea o que no esté completa en sus archivos. Usted también tiene el derecho de pedir una lista de situaciones donde se revelo su información de salud personal por otras razones aparte de su tratamiento, pagos o otros propósitos administrativos relacionados con tales situaciones.

Usted también puede pedir por escrito que no usemos o revelemos su información personal de salud para tratamiento, pagos y propósitos administrativos excepto cuando sea específicamente autorizado por usted. Cuando se requiera por la ley o en caso de una emergencia. ProActive Physical Therapy consideraría todas las peticiones basadas de situación en situación, pero en si la practica legalmente no está obligada a aceptarlas.

QUEJAS Y DUDAS

Si usted está preocupado porque piensa que ProActive Physical Therapy pudo haber violado su derecho de privacidad o si no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado en cuanto al acceso o revelado de su información de salud personal, favor de ponerse en contacto con la siguiente persona(s). No se tomarán represalias en su contra por presentar su queja.

Compliance Department
15410 South Mountain Parkway, Suite 107
Phoenix, AZ 85044
888.402.7091

Department of Health and Human Services
Mail, fax, email, or OCR Complaint Portal
www.hhs.gov/ocr/hipaa/

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Si usted tiene cobertura médica y su profesional de la salud tiene un contrato con su seguro médico, las siguientes reglas aplican:

- Usted no es obligado a pagarle a su proveedor de salud por servicios que cubre su seguro médica, excepto el monto del costo compartido que está obligado a pagar por tu plan, costos como cuota, deducibles, y coporcientos.
- El acuerdo que su proveedor de salud tiene con tu plan de seguro médico prevé, que los proveedores médicos facture a usted por la diferencia entre los cargos de tu proveedor y los montos que cubre su seguro médico.
- Si usted paga directamente a su proveedor por servicios médicos, su proveedor médico no es responsable de mandar ninguno de esos cargos o documentación a su seguro médico. Antes de pagar sus cargos su seguro médico requiere que usted provea la información y mandar la documentación necesaria para determinar si los servicios serán pagados por su seguro médico.
- Si usted no paga directamente por sus servicios médicos, el profesional de la salud que le dio sus servicios médicos tendrá que proporcionar los cargos y la documentación necesaria a su plan de seguro médico.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA

Yo doy autorización a una o todas las personas organizaciones enlistadas en la parte baja de esta forma de solicitar y recibir la información personal de salud con el propósito de llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios proporcionados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Yo entiendo que la identidad de estas personas tendrá que ser verificada antes de divulgar mi información.

Personas autorizadas:

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____