

Fecha _____

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial) _____

Correo Electrónico _____ Num. de Celular (____) _____

Num. de Casa (____) _____ Otro Num (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

SSN ____-____-____ Sexo ____ Estado Marital _____ Fecha Nacimiento _____ Edad _____

Trabajo _____ Ocupación _____ # Tel (____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____

Fecha Accidente: _____ Nombre Doctor _____ # Tel (____) _____

En caso de emergencia a quien podemos contactar:

Nombre _____ Relación _____

Num de Casa (____) _____ Num Celular(____) _____ Otro Num (____) _____

Seguro Médico Primario

Nombre _____

Dirección _____

ID/Póliza # _____

Group Name/# _____

Subscriber _____

Subscriber SSN _____

Relación con Paciente _____

Información Worker's Compensation

Fecha de Lesión _____

W/C Carrier _____

Dirección _____

Reclamo _____

Ajustador _____

Teléfono # (____) _____

Información de Abogado

Nombre _____ Dirección _____

Teléfono # (____) _____ Fax # (____) _____

Seguro Médico Secundario

Nombre _____

Dirección _____

ID/Póliza # _____

Group Name/# _____

Subscriber _____

Subscriber SSN _____

Relación con Paciente _____

Información MVA

Fecha de Lesión _____

Conductor (Sí) _____ (No) _____

Compañía Aseguradora _____

Póliza _____

Reclamo _____

Agente de Seguro _____

Teléfono # (____) _____

NOMBRE: _____

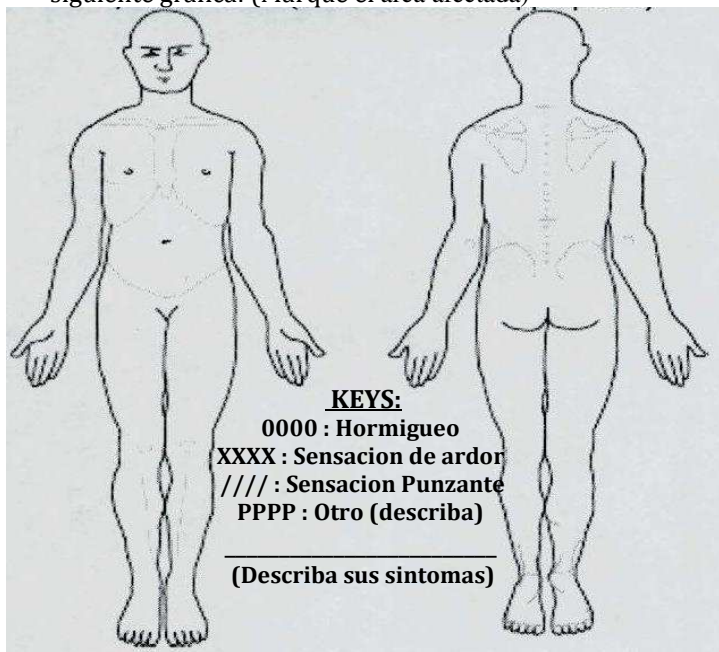
FECHA: _____

Para asegurar que usted recibe una evaluación complete y exhaustiva, por favor complete el siguiente cuestionario. De no entender alguna pregunta, pida ayuda. Gracias!

HISTORIAL DE CONDICIONES ACTUALES

1. Cuales son sus síntomas?

2. Localize el área de **dolor** o **sensación irregular** en siguiente gráfica: (Marque el área afectada)



ESCALA DE DOLOR (Circule Uno)

<u>NO DOLOR</u>	<u>MINIMO</u>	<u>MODERADO</u>	<u>INTENSO</u>	<u>EMERGENCIA</u>
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10

3. Cuándo comenzaron sus síntomas?

(Si es posible, indique un día en específico) _____

4. El **comienzo** de este episodio fue ? (Elija uno)

- GRADUAL REPENTINO

5.Cuál de los siguientes **describe mejor** como ocurrió su lesión? (Si su lesión es post-quirúrgica, favor indique según la lesión original)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Levantamiento | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> MVA (Accidente Auto) | <input type="checkbox"/> Proceso Degenerativo |
| <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo | <input type="checkbox"/> Durante Deportes/Recreación |
| <input type="checkbox"/> Corriendo | <input type="checkbox"/> Sobreuso (Trauma Acumulativo) |
| <input type="checkbox"/> Lanzamiento | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa) _____ | |

6. Desde el inicio, los síntomas se han tornado: (Elija una)

- MEJOR PEOR NO CAMBIOS

7. Ha tenido síntomas similares en el pasado? SI NO

Más de un episodio? SI NO

8. Naturaleza del Dolor/Síntomas (Elija todas las que apliquen)

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INTENSO | <input type="checkbox"/> DOLOR | <input type="checkbox"/> CONSTANTE |
| <input type="checkbox"/> DULL | <input type="checkbox"/> PERIÓDICO | <input type="checkbox"/> PALPITANTE |
| <input type="checkbox"/> CASUAL | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | |

9. A medida que pasa el día, sus síntomas: (Elija una)

- AUMENTAN DISMINUYEN NO HAY CAMBIOS

10. El dolor le despierta al dormir? SI NO

- Si, está presente: Mientras está acostado sin moverse
 Sólo al cambiar de posición
 Ambas

11. Siente dolor o rigidez al levantarse de la cama en la mañana? SI NO

12. En que posición duerme? (Elija todas las que apliquen)

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lado Derecho | <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Silla/Sillón Reclinable |
| <input type="checkbox"/> Lado Izquierdo | <input type="checkbox"/> Estómago | <input type="checkbox"/> Espalda, Lado, Estómago |
| <input type="checkbox"/> Otro | | |

13. Desde el inicio de sus síntomas, a tenido?:

- Dificultad con control intestinal o de la vejiga
- Fiebre/Escalofríos
- Entumecimiento en el área genital o anal
- Entumecimiento
- Mareos o Desmayos
- Debilidad
- Cambios de peso inexplicables
- Dolor en la noche/Sudar al dormir
- Malestar (Sensación leve de malestar corporal)
- Problemas de visión/audición
- Ninguna de las anteriores

14. Que agrava sus síntomas? (Elija todas las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Ir a sentarse / Levantarse |
| <input type="checkbox"/> Acostarse | <input type="checkbox"/> Caminar |
| <input type="checkbox"/> Subir/Bajar Escaleras | <input type="checkbox"/> Pararse |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar sobre la cabeza | <input type="checkbox"/> Alcanzar al frente del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar en la espalda | <input type="checkbox"/> Alcanzar a través del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Ponerse de cuclillas | <input type="checkbox"/> Dormir |
| <input type="checkbox"/> Tos/Estornudos | <input type="checkbox"/> Respirar profundo |
| <input type="checkbox"/> Mirar hacia arriba | <input type="checkbox"/> Tragar |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Agacharse |
| <input type="checkbox"/> Deportes recreativos, incluyendo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

15. Que mejora sus síntomas? (Elija todas las que apliquen)

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> Descansar | <input type="checkbox"/> Masaje |
| <input type="checkbox"/> Aplicar Calor | <input type="checkbox"/> Pararse | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Aplicar Frío | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Estiramientos |
| <input type="checkbox"/> Ejercicios | <input type="checkbox"/> Acostarse | <input type="checkbox"/> Uso de Férula/Órtesis |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Lista de Medicamentos: _____

HISTORIAL MEDICO: (Elija todas las que apliquen)

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento / Hormigueo | <input type="checkbox"/> HIV / SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas de Balance | <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Marca Pasos |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón Persistente | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Desmayos / Mareos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/Tos |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Convulsar | <input type="checkbox"/> Embarazo | |

CONSENTIMIENTO Y REGLAS DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES: Ponga sus iniciales dentro del cuadro al lado de cada consentimiento, luego firme al final.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y FUNCTIONAL CAPACITY EVALUATION: Por la presente autorizo a los proveedores de ***CAM Physical Therapy & Wellness Services LLC***, administrar los tratamientos que se requieran necesarios. También certifico que no hay garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se puedan obtener en el tratamiento.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Estoy de acuerdo que soy financieramente responsable de todos los cargos relacionados con los servicios prestados. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos que no están cubiertos por el seguro o que no sean pagados por el asegurador. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad obtener la aprobación previa exigida por mi seguro y tomar todas las medidas necesarias para tener derecho a la cobertura del seguro. Los balances en cuentas deben de ser saldadas 30 días después que el pago final de la aseguradora sea recibido.

COPAYS Y COINSURANCES DEBE SER PAGADO EN EL DIA DE SU CITA: Aceptamos efectivo, cheques y todas las tarjetas de crédito. No aceptamos tarjetas de Débito. ***Un cargo de \$25.00 será aplicado por cada cheque devuelto.*** Estoy de acuerdo en pagar la parte que yo soy responsable, según se indica acá:

Deducible \$ _____ Co-Insurance % _____ / Pague Por Cita \$ _____ Copay Por Cita \$ _____

CANCELACIONES Y CUOTA: Con el fin de mantener el alto nivel de atención que ofrecemos en ***CAM Physical therapy & Wellness Services LLC***, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación si necesita cancelar su cita. Este aviso nos provee tiempo suficiente para ofrecer su horario a otro paciente. ***Entiendo que si cancelo el mismo día de mi cita o si no me presento a una cita programada, se me cobrará \$25.00 del cual YO SOY RESPONSABLE.***

RETASOS "15 MINUTOS": Retrasarse por más de 15 minutos lo(a) obligará a tener que esperar por la próxima apertura disponible o tendrá que reprogramar su cita. No le damos garantía ya que las aperturas por cancelaciones son impredecibles. No se permite el solapamiento de citas ya que inmerecidamente compromete el cuidado de otros pacientes.

NIÑOS QUE REQUIEREN SUPERVISION NO SON PERMITIDOS EN LA SESIONES CON USTED: Si su niño no requiere supervisión y es capaz de estar en silencio en la sala de espera, entonces lo puede acompañar. Si otro paciente o el personal son perturbados, se le pedirá finalizar su tratamiento para que atienda a su niño. Los niños **NO ESTAN PERMITIDOS** en el área del gimnasio mientras usted u otros pacientes están utilizando los equipos.

CÓNYUGE, AMIGOS O PAREJAS: debido a cuestiones de responsabilidad y seguridad, amigos, cónyuges o parejas no están permitidos en las áreas de tratamiento mientras usted sea tratado o examinado.

ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS: Por la presente asigno a ***CAM Physical Therapy & Wellness Services LLC*** toda la cobertura de mi seguro u otros beneficios disponibles en virtud de cualquier programa de gobierno, cualquier póliza de seguro o un plan, y cualquier otro programa de beneficios. Ordeno que todos los beneficios sean pagados directamente a ***CAM Physical Therapy & Wellness Services LLC***.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Yo autorizo a que ***CAM Physical Therapy & Wellness Services LLC*** facilite toda la información médica necesaria para solicitar beneficios médicos ya sea por teléfono, correo, fax o correo electrónico. Esta información también es necesaria para mi compañía aseguradora, aseguradores de Worker's Compensation o para las personas designadas en el manejo miento de mi caso. Además, ***CAM Physical Therapy & Wellness Services LLC*** puede divulgar información a través de teléfono, correo, fax o correo electrónico, a cualquier hospital o Doctor que me haya referido a terapia, o también, a cualquier Hospital o Doctor que ***CAM Physical Therapy & Wellness Services LLC*** me haya referido para obtener sus servicios.

DECLARACION DE RENUNCIA PARA MEDICARE (SI APLICA): Cualquiera que tergiversa o falsifica información esencial requerida en este formulario puede, en caso de condena, ser sujeto a una multa y prisión bajo la Ley Federal. Medicare solo pagará por los servicios que determine son razonables y necesarios conforme a la Ley de Medicare, bajo la Sección 1862(a)(1).

Yo, el abajo firmante, acepto responsabilidad, ya sea a través de otra compañía aseguradora o por medio de pagos para los servicios de terapia no cubiertos por mi seguro. Reconozco que los seguros suplementarios a Medicare pueden elegir no pagar por servicios prestados una vez sus beneficios lleguen a su límite.

Nombre Paciente/Guardián (Letra De Molde)

Fecha

Firma Paciente/Guardián (Firma)

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, INFORMACIÓN DE SALUD, PRIVACIDAD BAJO HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ÉSTA INFORMACIÓN. ESTAS REGLAS NOS REQUIEREN QUE LE PROVEAMOS A USTED CON ÉSTE DOCUMENTO. NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE ACTUALIZAR ESTE AVISO DE SER REQUERIDO POR LEY. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN, ESTAMOS OBLIGADOS A:

- Tener contratos vigentes con nuestros contratistas y otros que garanticen que usamos, divulgamos y protegemos su información de salud adecuadamente.
- Contar con procedimientos para limitar quién puede ver y accede a su información de salud.
- Implementar programas de capacitación para los empleados sobre cómo proteger su información de salud.
- Razonablemente, limite el uso y la divulgación al mínimo necesario para llevar a cabo su propósito.
- No proporcionar ninguna información con relación a su tratamiento en **CAM Physical Therapy and Wellness Services LLC.** esto incluye; familiares, amigos, cónyuges o parejas. Si desea autorizar a otra persona a tener acceso a sus registros de tratamientos suministrados en **CAM Physical Therapy & Wellness Services LLC.** es decir, los registros médicos y sus horarios. Por favor, proporcione su nombre y la relación de esa persona con usted.
Doy mi consentimiento para autorizar a _____, relación con paciente, _____ a tener acceso a mi historial medico, hacer cambios en las fechas y horas de mis citas u obtener cualquier información con relación a mi tratamiento.

BAJO LA REGLA DE PRIVACIDAD, DEBEMOS CUMPLIR CON SU DERECHO A:

- **Restricciones:** usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza su información, sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud Si estamos de acuerdo, tenemos que cumplir con su petición.
- **Comunicación confidencial y Acceso a los expedientes:** Usted tiene el derecho de solicitar nuestras comunicaciones confidenciales, así como copia de su expediente médico. Usted debe hacer estas peticiones por escrito y se le cobrará una cuota para cubrir gastos copias, manejo y envíos.
- **Enmiendas:** Usted tiene el derecho de solicitar que se haga una enmienda en su expediente, en caso de que usted no éste de acuerdo con lo que se dice con respecto a usted. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Si nuestra oficina no está de acuerdo con usted, no estamos obligados a realizar el cambio. Usted tiene el derecho de presentar una declaración escrita explicando por qué usted no está de acuerdo con la decisión, ésta será añadida a su expediente. No podemos modificar partes en su expedientes que no hayan sido creadas.
- **Quejas:** Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted tiene el derecho de presentar una queja. Su queja debe contener información específica para que podamos investigar adecuadamente y responder a su inquietud. Si usted no está satisfecho con nuestra respuesta, puede presentar una queja directamente ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Para obtener información adicional acerca de cómo presentar su queja, visite: <http://hhs.gov> o llame al 866-627-7748

SE NOS PERMITE COMPARTIR SU INFORMACIÓN, DE SER NECESARIO:

- **Tratamiento:** la divulgación de información de salud a otros proveedores que le hayan referido, o están involucrados en su cuidado. Esto puede incluir enfermeras, técnicos, abogados, tasadores y cualquier otro proveedor involucrado en su tratamiento.
- **Forma de Pagos:** divulgación de su información médica a su compañía aseguradora, incluyendo Medicare y Medicaid, para obtener pagos por servicios prestados.
- **Operaciones de Atención Médica:** la utilización de su expediente para monitorear la calidad de atención que se está proveyendo o para planificar mejores estrategias de negocio.
- **Seguro de Auto:** divulgar información de salud hasta el punto autorizado por, y en la medida necesaria para cumplir con las leyes de seguro de autos u otros programas similares establecidos por ley.
- **Worker's Compensation:** divulgar información de salud hasta el punto autorizado por, y en la medida necesaria para cumplir con las leyes de seguro de Worker's Comp u otros programas similares establecidos por ley.
- **Otros usos especiales:** nuestra oficina puede utilizar su información para enviarle recordatorios de sus citas, para informarlo acerca de otros productos y servicios relacionados con la salud. .

USOS Y REVELACIONES REQUERIDAS POR LEY: Las Regulaciones federales de privacidad nos permiten y requiere que utilicemos o divulguemos su PHI en las siguientes maneras: podemos compartir su información médica a un familiar o amigo involucrado en su cuidado si usted no se opone. Podemos utilizar su PHI en una situación de emergencia cuando usted no puede ser capaz de expresarse, y podemos usar o divulgar su PHI para fines de investigación, si contamos con garantías de que su información será protegida. También podemos divulgar su PHI cuando sea requerido por ley, por ejemplo, por orden judicial o citación. Divulgación de información a alguna agencia de salud, estas, a veces son obligadas por ley a reportar ciertas enfermedades o las reacciones adversas a medicamentos. Podemos usar y revelar información sobre su salud para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud o la seguridad del público, o de los demás. Si usted está en las Fuerzas Armadas, podemos revelar información sobre su salud si se determina necesario por las autoridades militares. También podemos revelar información sobre usted para workers' compensation u otros programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Se requiere su autorización antes de que su PHI pueda ser utilizada o revelada por nosotros para otros fines. (Source: American Physical Therapy Association)

Nombre Paciente/Guardián (Letra De Molde)

Fecha

Firma Paciente/Guardián (Firma)

Fecha

