



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR

Fecha: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfonos: (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

# de Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado / Soltero / Divorciado / Separado / Viudo Estudiante: No / Tiempo Completo / Tiempo Parcial

Empleado: Tiempo Completo / Tiempo Parcial / Desempleado / Jubilado Empleador \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente o ha tenido en los últimos 6 meses cuidado de salud en el hogar?  Sí  No

¿Ha sido hospitalizado en los últimos 60 días?  Sí  No

¿Si contestó que sí, quién es su proveedor para cuidado de salud en el hogar?: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido fisioterapia o terapia del lenguaje este año?  Sí  No

¿Dónde? \_\_\_\_\_

Tipo de lesión:  Trabajo  Auto  Casa  Otro: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Si es compensación a trabajadores: Empleado en cuando se lastimó: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene un abogado? Sí / No Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_ Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Titular: \_\_\_\_\_

# de Identificación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_ Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Titular: \_\_\_\_\_

# de Identificación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

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

(NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA)

Area(s) Being Treated: \_\_\_\_\_

Diagnosis Code: \_\_\_\_\_ Description: \_\_\_\_\_

Program Code: \_\_\_\_\_ Therapist: \_\_\_\_\_

Financial Class: Cash Blue Cross / Blue Shield HealthNet UHC Cigna MC W/C Other Ins: \_\_\_\_\_

Fall History Discussed Y N (if yes, Date: \_\_\_\_\_) Charge Ticket Marked Y N (if yes, Date: \_\_\_\_\_)

Office: AG Atas Galt Lodi Bksfd MB PR SLO SM SMMain Stock Temp: HAND SLO SM SMMain Temp



## PRIVACIDAD & SEGURIDAD

**CENTRAL VALLEY PHYSICAL THERAPY**  
**PROGRAMA DE LA CONFORMIDAD**  
**PLAN DE LA PRIVACIDAD Y DE LA SEGURIDAD**  
**AVISO DE PRIVACIDAD Y LA SEGURIDAD**

Central Valley Physical Therapy, de acuerdo con ciertas leyes, ha tomado medidas razonables y comprensivas hacia la protección de la privacidad y de la seguridad de su información personal de la salud. Tal información puede incluir oral, escrito, el teléfono, el facsímil y/o otra comunicación electrónica de la información protegida de la salud (PHI).

La información completa con respecto a prácticas de la privacidad y de la seguridad está disponible para todos los pacientes por petición individual y tal información se llama “declaración de la privacidad y la seguridad practica”.

**Los derechos de pacientes individuales:** Tiene derechos con respecto al siguiente:

- Para leer y para entender este aviso de la privacidad y de la seguridad antes del tratamiento
- Para pedir una copia de la “declaración de la privacidad y de la seguridad practica”
- Para contar con que toda la información protegida de la salud esté utilizada solamente para los propósitos siguientes:
  - Tratamiento (incluyendo entrarte en contactar con el respecta a la cita y a otra comunicación en relacio del tratamiento)
  - Pagos
  - Operaciones del cuidado médico
  - Comunicación de envío o de otra forma con avisos y/o boletines de noticias
- Para pedir una copia de su información personal de la salud
- Para pedir la revisión de inexactitudes en su información personal de la salud
- Para restringir cómo su información personal de la salud se utiliza y se divulga, pero como esta notada arriba

**Información adicional/preocupaciones:** Por favor exprese cualquier preocupación que puede tener con respecto a cualquier violación de sus derechas de privacidad, privacidad y problemas de seguridad a Central Valley Physical Therapy oficial de la conformidad. Ninguna de sus preocupaciones divulgada no darán lugar a la venganza o a justo castigo.

**Oficial de la conformidad: Kelly Sanders**  
**805 Aerovista, habitación # 201**  
**San Luis Obispo, CA 93401**  
**Email: kelly@slsportstherapy.com**  
**PH: (805) 788-0805, extensión 216**

También tienes el derecho de divulgar cualquier preocupación con respecto a sus derechas de privacidad a la secretaria la salud El departamento <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa> o llamando (415) 437-8310. Firmando abajo, reconoce que le ofrecieron una copia de esta forma y ha leído su contenido.

Fecha de firma del paciente/del guarda/del representante personal

Fecha



**Política de la Oficina**

**CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO O TRATAMIENTO:** Su terapeuta físico terminará una evaluación por examinación y entrevista. Su programa individual del tratamiento entonces será diseñado. Una variedad de técnicas del tratamiento pueden ser utilizadas. Yo, el firmante, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que Central Valley Physical Therapy suministre el cuidado y el tratamiento de la terapia física considerado necesarios y apropiados en la evaluación o tratamiento de mi condición física.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD:** Como padre y/o guarda legal, autorizo Central Valley Physical Therapy para tratar \_\_\_\_\_ (el nombre del menor de edad) mientras que no estoy presente.

**ASIGNACIÓN DE LAS BENEFICIOS DE SEGURO:** Autorizo por este medio Central Valley Physical Therapy para suministrar la información a los portadores de seguro referentes a este tratamiento y asigno por este medio todo el pago para los servicios hechos.

**DEMANDAS DE LA REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES'(Workers' Compensation):** Si reclama ventajas de la remuneración de trabajadores y después las ventajas están negadas, puede ser detenido responsable por tales ventajas por la cantidad total de cargas para los servicios hechos.

**CANCELACIÓN; POLÍTICA DE LA AUSENCIA:** Requerimos 24 horas de aviso en caso de cancelación. La carga para la cancelación sin el aviso apropiado es \$65 para una visita de la terapia física. Esta carga no será cubierta por el seguro, sino tendrá que ser pagada por ti personalmente antes de recibir el tratamiento adicional.

**CO-PAYMENTS:** Por nuestras pautas que entran en contacto con, los co-pagos son debidos a la hora de servicio.

**NON-SUFFICIENT FINANCIERIA:** Los cheques vueltos para los No-Suficientes fondos pueden estar cobrado un honorario de proceso \$25.

\_\_\_\_\_  
Paciente/guarda/fecha de firma responsable del partido

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir por favor el nombre

**POLÍTICA FINANCIERA:** Se factura a su compañía de seguros personales únicamente como una cortesía a usted. Usted es responsable de su factura. Si cambia la cobertura de seguro durante el tratamiento, es su responsabilidad de notificar a la oficina de este cambio. Si su compañía de seguros no remite el pago en el plazo de 60 días, el saldo adeudado se vence en su totalidad de usted. En el caso de que sus peticiones compañía de seguros el reembolso de los pagos efectuados a nosotros, usted puede ser responsable de la cantidad de dinero será devuelto a su compañía de seguros. Si el pago se hace directamente a usted por la compañía de seguros por servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de remitir sin demora el pago (s) para nosotros. Si los procedimientos formales de las colecciones de llegar a ser necesario que usted será responsable por los costos adicionales incurridos.

La figura adjunta beneficios no los incluye a todos. Se limita a las limitaciones de cobertura, los términos de su contrato con su seguro, condiciones de cualquier contrato directo o indirecto que tenemos con el ordenante, y la interpretación de su plan de seguro específico de la necesidad médica de los servicios prestados. Por favor refiérase a los seguros de los acuerdos aplicables sobre plan de beneficiar a su para determinar las limitaciones o exclusiones para la rehabilitación de los servicios de su. Los beneficios derivados han sido citados a nosotros por su compañía aseguradora y se han revisado con usted. Los beneficios están sujetos a cambios. No asumimos ninguna responsabilidad por cualquier error cometido por su compañía de seguros. Hemos revisado estos beneficios con usted y usted se compromete a pagar su parte de este proyecto de ley.

Además, entiendo que no puedo cambiar mi opción elegida de pago después de los servicios han sido prestados.

Yo elige un tarifa descontada por pagar en efectivo. Entiendo más lejos que no se mandará la cuenta a ninguna compañía de seguros y que no puedo cambiar de esta opción durante mi curso del tratamiento. \_\_\_\_\_ (por favor inicial)

He recibido una impresión del contenido de mis beneficios. Entiendo que últimamente es mi responsabilidad de saber la extensión de mis beneficios. \_\_\_\_\_ (por favor inicial).

El acceso del Web no está disponible, por favor llamen a \_\_\_\_\_ para la verificación de las ventajas de seguro.

La información financiera antedicha se ha leído y se ha explicado a mí. ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD DEL PAGO DE MI CUENTA.

\_\_\_\_\_  
Paciente/guarda/fecha de firma responsable del partido

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir por favor el nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha del representante de la clínica

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Forma de investigacion medica

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### CONDICIÓN ACTUALMENTE:

Donde están sus síntomas: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron estos síntomas? \_\_\_\_\_

Cómo ocurrió esta lastimadura (gradualmente, repentinamente, herida): \_\_\_\_\_

Mis síntomas están: mejor/casi igual/peor

¿Lista por favor cualquier tratamiento anterior para la condición que le estamos viendo para hoy? \_\_\_\_\_

¿Has tenido este problema antes?

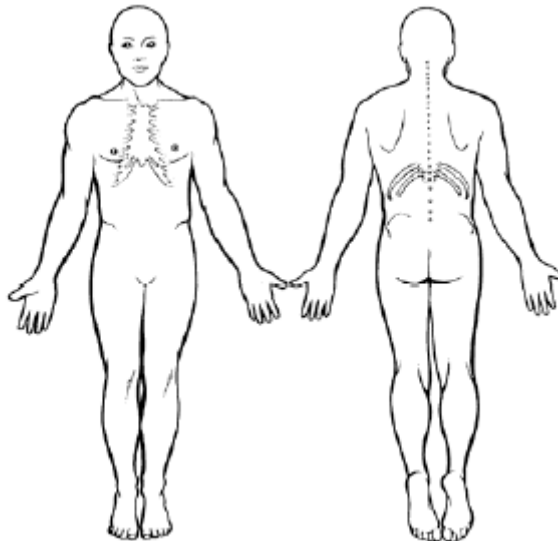
SÍ

NO

¿Cómo fue tratado? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido estudios hechos para este problema (radiografías, MRI, etc)? SÍ NO

Utilizar por favor los símbolos siguientes: ^^ entumecimiento \*\*\* pernos y agujas /// dolor



Clasifique su dolor (1=bajo, 10=alto): En su peor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en su mejor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ahora: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actualmente, estoy experimentando el siguiente (circundar todos que apliquen):

Vértigos

la pérdida de peso inexplicada

Dolor en la noche

La fiebre/las frialdades/suda

Cambios en apetito

Dificultad que traga

dolores de cabeza

la náusea/el vomitar

entumecimiento/el zumbar

cambios en la función del intestino o de la vejiga

la depresión

brevedad de la respiración

equilibrio pobre/caídas

**HISTORIA MÉDICO:**

Círcula cualquier condición que tengas o has tenido:

Artritis	movimiento	alta tensión arterial
Enfermedad pulmonar	enfermedad de riñón	cáncer
Enfermedad del hígado	enfermedad cardíaca	diabetes
Angina/asma	marcapasos	alergias
Osteoporosis	Fibromyalgia	problemas de la circulación/sangre

¿Eres alérgico al látex?      **SÍ**      **NO**  
 ¿Fumas?      **SÍ**      **NO**  
 ¿Estás embarazada?      **SÍ**      **NO**

¿Durante el último mes, ha sintiendo deprimido, presionado o desesperado?      **SÍ**      **NO**  
 ¿Durante el último mes, ha tenido poco interés o placer en hacer actividades de diversión?      **SÍ**      **NO**  
 ¿Estás tomando medicaciones?      **SÍ**      **NO**

**Por favor lista TODAS las medicaciones que está tomando:**

---



---



---

**Por favor lista las últimas cirugías con fechas:**

---



---

**Por favor lista cualquier dolencia que tiene que no se haya documentado arriba:**

---



---

**¿Cuáles son sus metas para terapia física y/o la salud?**

---



---

Firma de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**USO DE LA OFICINA:**

Presión arterial: \_\_\_\_\_ Ritmo cardíaco: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_