



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

¿Donde? _____

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



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?

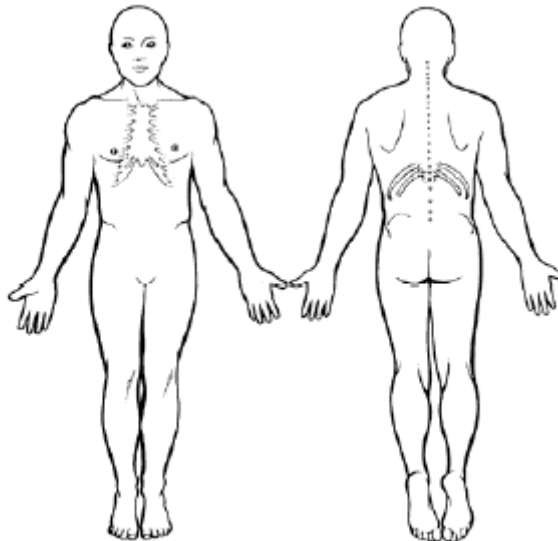
SÍ

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: _____



Política de la Oficina

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

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 Delta 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.

ASIGNACIÓN DE LAS BENEFICIOS DE SEGURO: Autorizo por este medio Delta 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: Mandamos la cuenta a su portador de seguro personal solamente como cortesía. Es responsable de su cuenta. Si cambia cobertura de seguro mientras que experimenta el tratamiento, es su responsabilidad notificar la oficina de este cambio. Si su portador de seguro no remite el pago a nosotros en el plazo de 60 días, el equilibrio debido será debido por Ud. En caso que tu compañía de seguros pida un reembolso de los pagos hechos a nosotros, puedes ser responsable de la cantidad de dinero consolidada a tu compañía de seguros. Eventualmente el pago te es hecho directo por la compañía de seguros para los servicios mandados la cuenta por nosotros, tú reconoce una obligación de remitir puntualmente los pagos a nosotros. Si los procedimientos formales de las colecciones llegan a ser necesarios serás responsable de los costes adicionales contraídos. Tus ventajas de seguro según lo cotizado a nosotros por tu portador de seguro se han repasado con ti. No asumimos ninguna responsabilidad por ningunos errores hechos por tu portador de seguro en esta cita. Hemos repasado estas ventajas con ti y acuerdas pagar tu porción de esta cuenta. Además, entiendo que no puedo cambiar mi opción elegida del pago después de que se hayan hecho los servicios.

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



PRIVACIDAD & SEGURIDAD

DELTA PHYSICAL THERAPY
PROGRAMA DE LA CONFORMIDAD
PLAN DE LA PRIVACIDAD Y DE LA SEGURIDAD
AVISO DE PRIVACIDAD Y LA SEGURIDAD

Delta 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 Delta 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