

Información de Registro del Paciente

Por favor imprimir

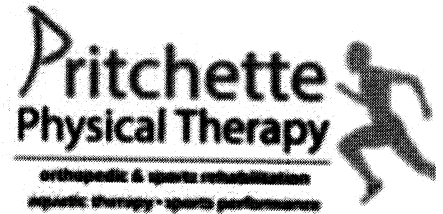
Nombre Legal: Primero		Segundo	Apellido	Número de Seguro Social
Dirección:		Nombre de la Calle	Apartamento #	()
Ciudad	Estado	Código postal	Número mobil	()
Hombre (Circule uno)	Mujer / / Fecha de nacimiento	Soltero Casado (Circule uno)	Nombre de esposo/a	() Número de teléfono de esposo/a
Ocupación:	Nombre de la escuela si es estudiante			()
		Empleador	Número de teléfono del trabajo	
Dirección de correo electrónico:			¿Cómo fue referido a Pritchette PT?	

Información del seguro

Compañía de Seguros Ins. Co.	()	Número de teléfono	Número de identificación de la póliza	Número de grupo
Nombre del titular de la póliza	/ /	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	

Información de Compensación del Trabajador

Dirección de la aseguradora del trabajo:	Calle	Ciudad, Estado	Código postal
Número de reclamo	Administrador de casos	()	Número de teléfono del administrador de casos
/ /	Empleador al momento de la lesión	()	Número de teléfono del empleador



Liberación de información

Doy permiso a Pritchette Physical Therapy para divulgar información a mi compañía de seguros, abogado, cesionarios y/o beneficiarios.

Cesión de Beneficios

Autorizo el pago directamente a Pritchette Physical Therapy para el servicio recibo. Todos los pagos que me hagan los servicios de pago de terceros proporcionados por Pritchette Physical Therapy se transferirán inmediatamente (dentro de los 5 días) a Pritchette Physical Therapy.

Garantía de pago

En consideración de los servicios prestados y que serán prestados al paciente mencionado anteriormente por Pritchette Physical Therapy, garantizo expresamente el pago de esta cuenta y acepto pagar cualquier cargo que la compañía de seguros no pague en su totalidad o en parte. Si esta cuenta proceda la colección agencia o tribunal, seré responsable de ambos el costo de los servicios facturados, así como el costo de los cobros y todos y cada uno de los honorarios de abogados y tribunales asociados con el proceso de cobros. El paciente es el responsable final del total de la cuenta y los saldos.

Firma del Responsable o Tutor Legal Si es Menor Fecha

Al firmar arriba, usted, como paciente o tutor legal, acepta los términos y condiciones enumerados en "Divulgación de información", "Asignación de beneficios" y "Garantía de pago". **Cualquier alteración, tachadura o modificación unilateral del texto preimpreso o de las entradas de línea de este documento y del acuerdo legal no tendrá ningún efecto y, a criterio exclusivo de Pritchette Physical Therapy, puede invalidar este documento.**

Formulario de historial médico

Información personal

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

¿Su lesión está relacionada con el trabajo, como resultado de un accidente automovilístico, o la culpa de alguien más?

¿Ha contratado a un abogado para el accidente? _____

Historial

Frecuencia de ejercicio: _____ Tipo(s) de ejercicio: _____

¿Fuma? _____ ¿Alguna vez ha fumado? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Está embarazada? _____ ¿Tiene un marcapasos? _____

Alergias: _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

Quejas/cirugías anteriores: _____

Diagnósticos/medicamentos anteriores: _____

Queja

¿Cuál es su principal queja? _____

Fecha de inicio: _____ Posible causa: _____

Síntomas: _____

Médicos anteriores vistos por la queja: _____

Tratamiento anterior de la queja: _____

Factores que agravan los síntomas: _____

Factores que alivian los síntomas: _____

Hora del día en que los síntomas son mejores: _____

Hora del día en que los síntomas son peores: _____

Duración actual del dolor (circule uno): Intermitente Constante Con ciertos movimientos

Nivel actual de dolor (circule uno): Leve Moderado Severo Insoportable

¿Su dolor está mejorando o empeorando? _____ ¿Ha tenido esta lesión antes? _____

¿Padece de alguno de los siguientes diagnosis? (Marque todos los que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Angina de pecho |
| <input type="checkbox"/> Problemas musculoesqueléticos | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> ETS |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis |
| <input type="checkbox"/> Infección urinaria | <input type="checkbox"/> Infección ósea |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Infección articular | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

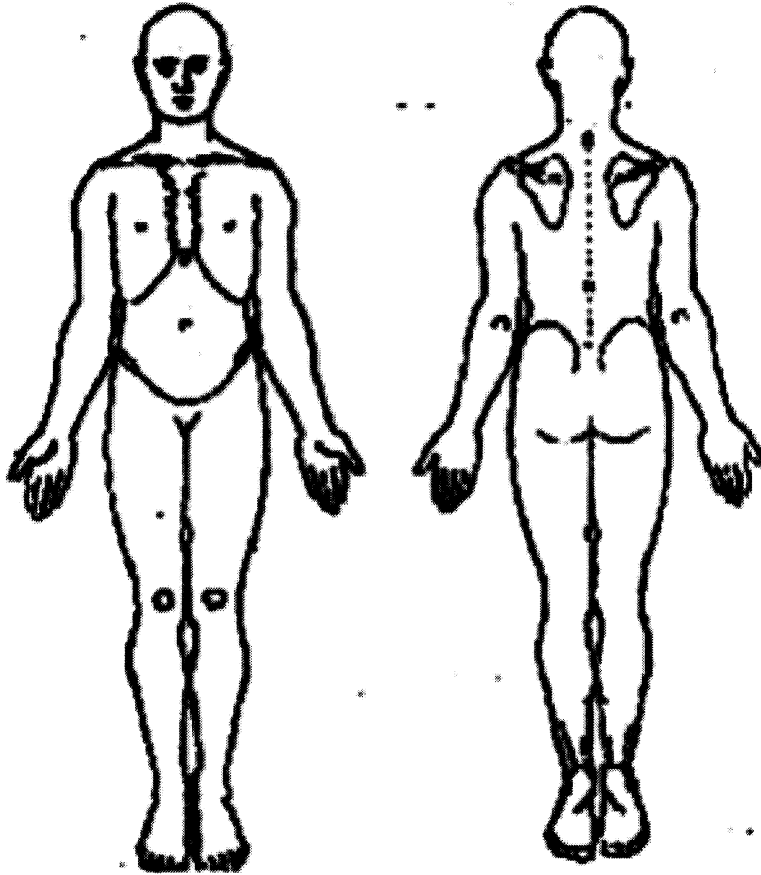
Nombre del paciente:

Fecha

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Marque el diagrama con "xx" donde su dolor normalmente se presenta:



En una escala del 1 al 10 (siendo 1 un dolor mínimo y 10 un dolor insoportable), califique su dolor general:

En el peor de los casos: _____

En el mejor de los casos: _____

En promedio: _____



RESPONSABILIDADES DE LA CLÍNICA Y DEL PACIENTE Y RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:

- _____ Los pacientes necesitan saber y entender su póliza/pólizas de seguro. Los pacientes deben ser conscientes de cobertura de beneficios, incluyendo qué proveedores de atención médica tienen contrato con su plan, beneficios cubiertos y no cubiertos, requisitos de autorización e información sobre costos compartidos, como deducibles, coseguro y copagos. Si no está familiarizado con la cobertura de su plan, le recomendamos que se comunique directamente con su proveedor.
- _____ **Para obtener una remisión de su Médico Referente y/u obtener autorización para el tratamiento de su compañía de seguros antes de recibir los servicios. Cualquier servicio no cubierto es responsabilidad financiera del paciente.**
- _____ Pagar el copago, deducibles y coseguro al momento del servicio.
- _____ **Notificar a Pritchette Physical Therapy de las cancelaciones lo antes posible. Si se recibe una cancelación menos de 24 horas o no se presenta a una visita programada, Pritchette Physical Therapy se reserva el derecho de cobrarle \$25.00 por este tipo de cancelaciones y/o no presentación.**

ES RESPONSABILIDAD DE LA TERAPIA FÍSICA DE PRITCHETTE:

- Brindar atención médica de calidad.
- Presentar reclamos de seguro para nuestros pacientes. Las reclamaciones se presentan con las compañías de seguros no menos de 3 veces por semana.
- Enviar estados de cuenta del paciente periódicamente durante el tratamiento y el saldo debe pagarse al recibir los estados de cuenta.

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICA FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

He leído y comprendo la póliza financiera anterior. Entiendo que, independientemente del estado de mi reclamo de seguro o de la ausencia de cobertura de seguro, soy responsable en última instancia por el saldo de mi cuenta por los servicios prestados. Si recibo pagos de seguro directamente de mi seguro, entregaré inmediatamente el cheque a Pritchette Physical Therapy.

Mi firma reconoce recibo del Aviso de Prácticas de privacidad que cumple con HIPAA. Recibiré una copia solo cuando la solicite.

Firma del paciente o de la parte responsable

FECHA

Nombre del paciente en letra de imprenta

Formulario de información y consentimiento de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) brinda garantías para proteger su privacidad. Implementación de los requisitos de HIPAA Comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las pólizas han sido nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo está publicado en la oficina.

De qué se trata: Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesario para brindarle servicios de oficina. HIPAA le brinda ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Hay información adicional disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. www.hhs.com

Hemos adoptado las siguientes normas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial excepto cuando sea necesario para brindar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen de manera adecuada. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros médicos, según sea necesario y apropiado para su atención. Los expedientes de los pacientes se pueden ordenar en estantes de archivos abiertos y no contendrán ningún código que identifique la condición de un paciente o información que no sea un asunto de registro público. El curso normal de brindar atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean el personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es norma de esta oficina recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo de los EE. UU. o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicite usted. Es posible que le enviemos otras comunicaciones para informarle sobre los cambios de las normas de la oficina y las nuevas tecnologías que podría encontrar valiosas o informativas.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta presentar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad al gerente de la oficina o al médico.
6. Su información confidencial no se utilizará con fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.

7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y solicitar cambios en ciertas normas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las normas internas para cumplir con su solicitud.

Yo, _____ fecha _____, por la presente consiento y reconozco mi acuerdo con los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN HIPAA y cualquier cambio posterior en la poliza de la oficina, entiendo que este consentimiento permanecerá vigente a partir de este momento.



Formulario de consentimiento de punción seca

La punción seca (DN, por sus siglas en inglés) consiste en colocar una aguja pequeña en el músculo en el punto de activación, que generalmente se encuentra en un área en la que el músculo está tenso y puede estar sensible con la intención de hacer que el músculo se contraiga y luego se suelte, mejorando la flexibilidad del músculo y por lo tanto disminuyendo los síntomas. El terapeuta realizador no estimulará ningún punto distal o auricular durante el tratamiento de punción seca. DN es un tratamiento valioso para el dolor musculoesquelético, como el dolor en los tejidos blandos y las articulaciones, así como para aumentar el rendimiento muscular. Como cualquier tratamiento, existen posibles complicaciones. Si bien estas complicaciones ocurren con poca frecuencia, se recomienda que lea los posibles riesgos antes de dar su consentimiento para el tratamiento.

Riesgo del Procedimiento:

Aunque es poco probable, existen riesgos asociados con este tratamiento. El riesgo más grave asociado con la ND es la punción accidental de un pulmón (neumotórax). Si esto ocurriera, es probable que solo requiera una radiografía de tórax y ningún tratamiento adicional, ya que puede resolverse por sí solo. Los síntomas de dolor y dificultad para respirar pueden durar varios días o semanas. Una punción pulmonar más severa puede requerir hospitalización y re-inflación del pulmón. Esta es una complicación rara y en manos expertas no debería ser una preocupación. Si siente algún síntoma relacionado, comuníquese de inmediato con su proveedor de DN. Si se sospecha un neumotórax, debe buscar atención médica de su médico o, si es necesario, acudir a la sala de emergencias.

Otros riesgos pueden incluir hematomas, infecciones y lesiones nerviosas. Informe a su proveedor si tiene alguna afección que pueda transmitirse por la sangre, requiera anticoagulantes sanguíneos o cualquier otra afección que pueda tener un efecto adverso en las punciones con agujas. Dado que las agujas son muy pequeñas y no tienen un borde cortante, la probabilidad de que se produzca un trauma tisular importante por la DN es mínima.

Consulte con nuestro médico si tiene alguna pregunta sobre el tratamiento anterior. ¿Tiene alguna enfermedad o infección conocida que pueda transmitirse a través de fluidos corporales? () Sí () No

*Si marcó sí, hable con su médico

Imprima su nombre

Firma

Fecha