



Información del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ M.I. _____ Sexo: _____
Teléfono:(____) _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: __Soltero__ __Casado__ __Niño__ __Otro__
Número de seguro social _____ - _____ - _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Apto.# _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección:(si diferente del paciente) _____ Apto.# _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información Parental (paciente menor de 18)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ M.I. _____ Sexo: _____
Teléfono:(____) _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de seguro social _____ - _____ - _____
Dirección: _____ Apto.# _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador del Paciente

Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono:(____) _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de Emergencia

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono:(____) _____

Información Médica

Parte del cuerpo/tipo de herida: _____ Fecha de la lesión: _____
Tipo de Lesión: _____ Automovilístico _____ Trabajo _____ Lesión Pasada _____ Otro _____
Has recibido terapia física este año? _____ si Sí, Dónde? _____
Médico de referencia: _____ Teléfono:(____) _____ Fax(____) _____



Información de Aseguranza

Nombre de Aseguranza **Primaria** : _____ Teléfono:(____) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de Asegurado: _____ Relacion al Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre de Aseguranza **Secundaria**: _____ Teléfono:(____) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de Asegurado: _____ Relacion al Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre de Aseguranza **Terciario**: _____ Teléfono:(____) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de Asegurado: _____ Relacion al Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Consentimiento para Cuidado y Tratamiento

Busco los servicios de **Smith Therapy Partners (STP)** y sus empleados y hacer aquí y dar consentimiento y autorizar **STP** para realizar una evaluación de terapia física, tratamiento de terapia física, ejercicio de terapia de fuerza y servicios relacionados ordenados por mi médico. Entiendo que los servicios y tratamientos ofrecidos por **STP** están destinados a ayudarme a recuperar y mejorar mi capacidad de vivir un estilo de vida independiente activo. Entiendo que los servicios que recibo de **STP** puede causar malestar, aumento de dolor, aumento de hinchazón, o puede agravar una condición previamente existente.

Entiendo que **STP** no hace ninguna representación, reclamos, o garantiza que mis problemas médicos o de salud o las condiciones serán ayudadas sometiendo a tratamiento o servicios con **STP**. Entiendo que mi incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento y/o los programas de ejercicios en el hogar pueden impedir los resultados.

Certifico que he leído, entiendo y doy el Consentimiento para la Atención/Cuidado y el Tratamiento.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



POLÍZA FINANCIERA

STP tiene las siguientes polizas financieras que deben ser aceptadas por nuestros pacientes para que se proporcionen los servicios.

- 1. ASEGURANZA:** Como cortesía a nuestros pacientes facturaremos a la compañía de seguros. Todos los pagos recibidos se aplicarán al saldo de la cuenta del paciente. Si la compañía de seguros le realiza un pago directo por los servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de remitirnos de inmediato. Si la compañía de seguros no paga la factura, **STP** esperará que el paciente pague. Entiendo que es mi responsabilidad conocer mis beneficios y no haré que **STP** sea responsable de cualquier interpretación errónea de los beneficios del seguro y la cobertura para la terapia física.
- 2. RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE:** Acepto pagar por todos los servicios prestados. Es la poliza de **STP** para cobrar todos los copagos del paciente en el momento del servicio y todos los coseguros y deducibles estimados serán cobrados en el momento del servicio, así como por estados de cuenta mensuales por correo. Si los pagos adeudados no se reciben dentro de los 90 días y se necesitan servicios de cobro, entiendo que todos los honorarios de cobro, honorarios judiciales y honorarios de abogados asociados con los cobros se agregarán a mi saldo debido y mi responsabilidad de pagar.
- 3. GRAVAMENES:** **STP** acepta gravámenes por lesiones personales. Por favor, notifiquenos si este tratamiento es parte de un caso de lesiones personales se requerirá documentación adicional.
- 4. SIN CANCELACION Y NO SHOW:** Tenga en cuenta que requerimos un aviso de 24 horas para cancelar una cita. El cargo por cancelación sin previo aviso es de \$50.00 para una visita de terapia física. Este cargo no estará cubierto por su seguro, pero tendrá que ser pagado por usted personalmente antes de recibir tratamiento adicional.
- 5. TIPOS DE PAGO ACEPTADOS:** **STP** acepta Débito, Visa y Mastercard para el pago de copagos, coseguros y deducibles adeudados. Su forma de pago será capturada por un escáner de cifrado y mantenida de forma segura en el archivo para todos los pagos futuros que autorice. **NO** aceptamos pagos en efectivo ni cheques en el momento del servicio.
- 6. DIFICULTADES:** **STP** entiende que las dificultades ocurren y como resultado puede ser necesario establecer un plan de pago para un paciente que requiere tratamiento. Por favor, notifiquenos tan pronto como sea posible si se ha producido una dificultad para que podamos trabajar para ayudarle.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

He leído y entiendo la poliza financiera establecida por **Smith Therapy Partners (STP)**. Entiendo mi responsabilidad por el pago de mi cuenta y al firmar este formulario acepto los términos. Por la presente acepto la responsabilidad financiera por todos los cargos por mi tratamiento y autorizo a **STP** a compartir con mi compañía de seguros cualquier información médica necesaria para determinar la necesidad médica y el pago.

Firma del Paciente

Imprimir Nombre

Fecha

Firma del Padre/Tutor si Menor de edad

Imprimir Nombre

Fecha

****Si el paciente es menor de edad y es menor de 18 años, un padre o tutor debe firmar el acuerdo de los términos.****

Historial Médica

1. ¿Es esta lesión relacionada con?
 - Trabajo
 - Accidente de Auto
 - Otra Responsabilidad/Demanda Potencial
 - No Aplica
2. ¿Tiene un Médico de Familia Primario? Sí No
 - a. En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última visita? ____ / ____ / ____
3. Raza / Etnicidad (Por favor, seleccione uno):
 - Hispano o Latino Origen
 - Mexicano, Cubano, Puertorriqueño, y otra Latinoamericana y Españoles
 - No Hispano
 - Africano América
 - Caucasiano (White)
 - Asiat Asiático o del Pacífico (incluye Nativos Americanos, Esquimales o Aleutianas)
 - Otro
 - Declinado
4. Durante el último mes, ¿te has sentido deprimido/a o desesperado/a? Sí No
5. Durante el último mes ¿te ha molestado tener poco interés o placer en hacer cosas? Sí No
6. Te has sentido inseguro en casa o alguien te ha golpeado o ha intentado hacerte daño de alguna manera? Sí No
7. Complete la siguiente historia clínica:

Por favor marque una caja Para cada artículo	No	Sí	N/A	Por favor marque una caja Para cada artículo	No	Yes	N/A
Fumar				Disfunción sexual			
Diabetes				Problemas de la vejiga / intestino			
Condición del corazón				adormecimiento en la ingle			
Presión arterial alta				Arthritis			
Dolor de pecho				Osteoporosis			
Ataque fulminante				Condición psicológica			
Condición de riñón				Convulsiones			
Coágulo de sangre / trombosis venosa profunda				Mareos / desmayos			
Dificultades respiratorias /				Zumbido en los oídos			
Cáncer				Alergia al látex (guantes)			
Dificultad para deglutir				Lesión en la cabeza			
Circulación /problemas vasculares				Obesidad			
Inexplicable pérdida de peso				Dolor crónicos / fibro / dolor de cabeza			
Visión doble				Fracturas			
Sudores nocturnos / dolores nocturno				Infección			
Implantes metálicos				Fiebre / náuseas			
Marcapasos				Asma			
Historia de Cáncer/Tipo				Úlceras estomacales			
Problemas de Tiroides				¿Está embarazada?			

Por favor marque una caja Para cada artículo	No	Sí	En caso afirmativo, especifique
Enfermedades de Infecciones (Hepatitis, Tuberculosis, VIH)			
Condición Neurológica (MS/ Parkinson)			
Lesión de médula espinal			
Enfermedad degenerativa			Ubicación:

Iniciales del Terapeuta: _____ Firma del Paciente _____ Fecha: ____ / ____ / ____

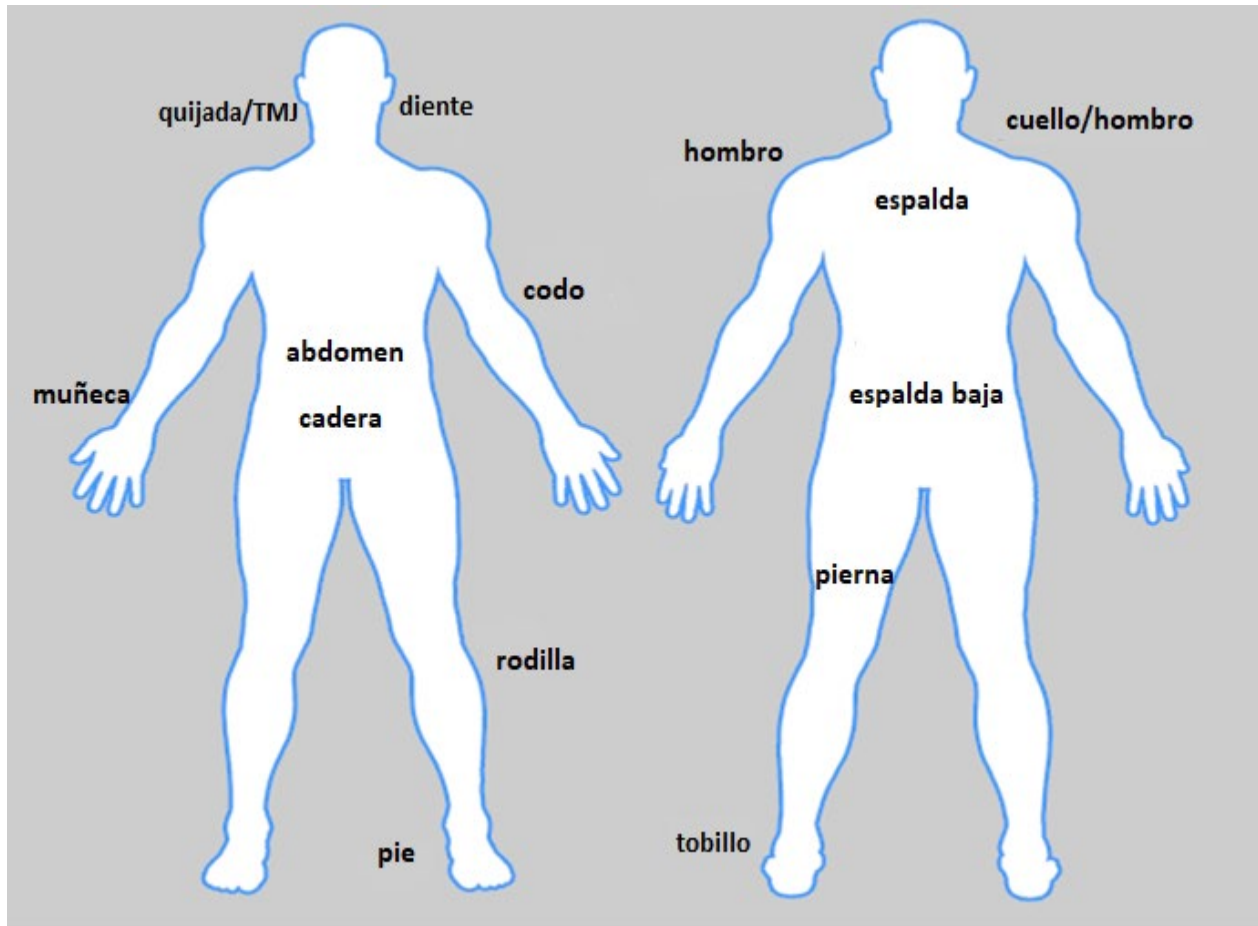
Questionario de Historia Médica

Fecha de Hoy: _____ Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Episodio Actual de Atención

1. ¿Cuál es su principal objetivo para la Terapia Física o Ocupacional? _____
2. ¿Ha tenido estos síntomas previamente? _____
3. Fecha de lesión/síntomas: ____/____/____
4. ¿Ha recibido Terapia Física / Ocupacional previamente para esta condición? Sí No
 - a. En caso afirmativo, cuándo y dónde? _____
5. Marque las áreas en el siguiente diagrama donde está experimentando los síntomas:



6. Por favor, utilice la siguiente tecla para describir el dolor:
 - a. Dolor Agudo
 - b. Entumecimiento
 - c. Hormigueo
 - d. Hormigueo
7. Sus síntomas son: (circule)
 - a. Constante
 - b. Intermitente
 - c. Actividad Relacionada
8. ¿Cuándo te sientes mejor?
 - a. Mañana
 - b. Tarde
 - c. Noche
 - d. Después del ejercicio
9. ¿Cuándo te sientes peor?
 - a. Mañana
 - b. Tarde
 - c. Noche
 - d. Después del ejercicio
10. ¿Cómo afectan el dolor/síntomas a tu sueño?
 - a. Ningun problema
 - b. Difícil dormirse
 - c. El dolor me despierta
 - d. Sólo dormir con medicamentos
11. ¿Qué posición/actividad mejora los síntomas? _____
12. ¿Qué posición/actividad empeora los síntomas? _____

13. ¿Toser, estornudar o respirar profundamente empeora el dolor? Sí No
14. ¿Las actividades como doblar, sentarse, levantar, torcer y/o volverse en la cama empeoran el dolor? Sí No
15. ¿Tienes dolor o dificultad con el intestino, la vejiga o la actividad/función relacionada sexualmente? Sí No
16. En una escala de 0 a 10 con "0" sin dolor y "10" siendo el peor dolor imaginable por favor califique: (Círcule)

- a. **Dolor actual:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- b. **Lo mejor que tu dolor haya sido las últimas 24 horas:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- c. **Lo peor que tu dolor haya sido en las últimas 24 horas:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Medicamentos: Por favor, enumere los medicamentos recetados por el médico que está tomando actualmente, también incluya cualquier medicamento de venta libre o Remedios herbals.

Medicación	Dose	Método

18. Describa cualquier lesión o cirugía significativa para la que haya sido tratado (fracturas, dislocaciones, esguinces) y fecha aproximada

Fecha	Lesión	Fecha	Lesión
Fecha	Lesión	Fecha	Lesión



Fecha de vigencia: 1/10/2020

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Por favor, revise con atención

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Smith Therapy Partners LLC ("SPT") y miembros de su fuerza laboral. Este Aviso se aplica a los servicios que se le brindan en todas las instalaciones de SPT que involucran el uso o divulgación de su información médica.

OBLIGACIÓN DE PRIVACIDAD

La ley exige que SPT mantenga la privacidad de su información médica ("información médica protegida" o "PHI") y le proporcione este Aviso de obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. SPT utiliza sistemas computarizados que pueden divulgar electrónicamente su PHI para fines de tratamiento, pago y / o operaciones de atención médica como se describe a continuación. Cuando SPT usa o divulga su PHI, se requiere que SPT cumpla con los términos de este Aviso u otro aviso vigente en el momento del uso o divulgación.

NOTIFICACIONES

La ley exige que SPT proteja la privacidad de su información médica, le distribuya este Aviso de prácticas de privacidad y cumpla los términos de este Aviso. También se requiere que SPT le notifique si hay una violación de su PHI.

USOS Y DIVULGACIONES PERMISIBLES SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

En ciertas situaciones, se debe obtener su autorización por escrito para poder usar y / o divulgar su PHI. Sin embargo, no se requiere autorización para los siguientes usos y divulgaciones: **USES AND**

DIVULGACIONES PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA

Usaremos su información médica para el tratamiento:

Por ejemplo: Podemos divulgar su información médica protegida a otros médicos que puedan estar tratando con usted o consultando con nosotros sobre su atención. Podemos divulgar su información médica protegida a aquellos que puedan estar involucrados en su cuidado después de que se vaya de aquí, como miembros de su familia o su representante personal

Nosotros usaremos su información de salud para el pago:

Por ejemplo: Podemos comunicarnos con su compañía de seguro médico para obtener la aprobación de los servicios que prestamos, para verificar su cobertura de seguro médico, para verificar que determinados servicios estén cubiertos por su plan de seguro o para demostrar la necesidad médica..

Usaremos su información médica para operaciones regulares de atención médica::

Por ejemplo: Podemos usar su PHI para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. Podemos usar o divulgar su PHI en el curso del mantenimiento y administración de nuestros sistemas electrónicos de información de salud..

Usaremos y divulgaremos su información médica según lo permita o requiera la ley. Algunos ejemplos de esos usos y divulgaciones son los siguientes::



Fecha de vigencia: 1/10/2020

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Por favor, revise con atención

- **Socios comerciales:** hay algunos servicios que se brindan en nuestra organización a través de acuerdos con socios comerciales. Por ejemplo, nuestro proveedor de registros médicos electrónicos. Para proteger su información de salud, requerimos que los socios comerciales protejan adecuadamente su información.
- **Familiares, amigos cercanos y otros cuidadores:** Su PHI puede ser divulgada a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted que esté involucrada en su atención médica o ayude a pagar su atención. Si usted no está presente, o la oportunidad de aceptar u objetar un uso o divulgación prácticamente no se puede brindar debido a su incapacidad o una circunstancia de emergencia, SPT puede ejercer su juicio profesional para determinar si una divulgación es lo mejor para usted. Si la información se divulga a un miembro de la familia, otro pariente o un amigo personal cercano, SPT solo revelaría información que se considere directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o el pago relacionado con su atención médica.
- **Actividades de salud pública:** Su PHI puede ser divulgada para las siguientes actividades de salud pública: (1) para reportar información médica a las autoridades de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) para alertar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otra manera puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y (3) reportar información a su empleador según lo requieran las leyes que abordan enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o vigilancia médica en el lugar de trabajo.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Su PHI puede ser divulgada a una autoridad gubernamental, incluyendo un servicio social o agencia de servicios de protección, autorizada por ley para recibir informes de tal abuso, negligencia o violencia doméstica si existe una creencia razonable de que usted es víctima de abuso, negligencia o Violencia doméstica.
- **Actividades de supervisión de la salud:** Su PHI puede ser divulgada a una agencia de supervisión de la salud que supervisa a SPT y tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas de salud del gobierno, como Medicare o Medicaid.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** Su PHI puede ser divulgada en el curso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden legal u otro proceso legal.
- **Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley:** Su PHI puede ser divulgada a la policía u otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley según lo requiera o permita la ley o en cumplimiento de una orden judicial, un gran jurado o una citación administrativa. Por ejemplo, su PHI puede ser revelada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida o para reportar un crimen o conducta criminal en la instalación.
- **Institución correccional.** Su PHI puede ser divulgada a una institución correccional si usted es un recluso en una institución correccional y si la institución correccional o la autoridad policial nos hace ciertas solicitudes.



Fecha de vigencia: 1/10/2020

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Por favor, revise con atención

- **Adquisición de órganos y tejidos:** Su PHI puede ser divulgada a organizaciones que faciliten la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar dicha donación o trasplante.
- **Investigación:** Su PHI se puede usar o divulgar sin su consentimiento o autorización si una Junta de Revisión Institucional aprueba una renuncia a la autorización de divulgación.
- **Salud o seguridad:** Su PHI puede usarse o divulgarse para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Militar de Estados Unidos:** Su PHI se puede usar o divulgar a los comandantes militares de los EE. UU. Para garantizar la ejecución adecuada de la misión militar. Las autoridades de comando militar que reciben información médica protegida no son entidades cubiertas sujetas a la Regla de Privacidad de HIPAA.
- **Otras funciones gubernamentales especializadas:** Su PHI puede ser divulgada a unidades del gobierno con funciones especiales, como el Departamento de Estado de los EE. UU. Bajo ciertas circunstancias o al Servicio Secreto o la Agencia de Seguridad Nacional para proteger al país o al presidente.
- **Compensación para trabajador:** Su PHI puede ser divulgada según lo autorizado por y en la medida necesaria para cumplir con la ley estatal relacionada con la compensación de trabajadores u otros programas similares.
- **Recordatorios de citas:** Su PHI puede usarse para informarle o recordarle citas.
- **Según lo requiera la ley:** Su PHI puede ser utilizada y divulgada cuando así lo requiera cualquier otra ley.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Usos o divulgaciones con su autorización. Para cualquier propósito que no sea los descritos anteriormente, su PHI se puede usar o divulgar solo cuando usted proporciona su autorización por escrito en un formulario de autorización. Por ejemplo, deberá ejecutar un formulario de autorización antes de que su PHI pueda enviarse a un abogado que lo represente a usted o a la otra parte.

Excepto en la medida en que SPT haya tomado medidas basándose en ello, puede revocar cualquier autorización por escrito obtenida en relación con su PHI mediante la entrega de una declaración de revocación por escrito a SPT.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Aunque su expediente médico es propiedad física de SPT, la información le pertenece a usted. Tienes derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI para tratamiento, pago, operaciones de atención médica en cuanto a divulgaciones permitidas a personas, incluidos los



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Fecha de vigencia: 1/10/2020

Por favor, revise con atención

miembros de la familia involucrados con su atención y según lo dispuesto por la ley. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar una restricción solicitada, a menos que la solicitud se relacione con una restricción sobre las divulgaciones a su aseguradora de salud con respecto a artículos o servicios de atención médica por los que haya pagado de su bolsillo y en su totalidad.

- Obtenga una copia impresa de este aviso de prácticas de privacidad.
- Inspeccionar y / o recibir una copia de su expediente médico, según lo dispone la ley.
- Solicitar que enmendemos su historial médico, según lo dispone la ley. Le notificaremos si no podemos conceder su solicitud para modificar su historial médico.
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica, según lo dispuesto por la ley.
- Solicitar la comunicación de su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Aceptaremos solicitudes razonables.

Puede ejercer sus derechos establecidos en este aviso proporcionando una solicitud por escrito, excepto en el caso de solicitudes para obtener una copia impresa del aviso, al Oficial de Privacidad en el contacto que se indica a continuación.

Derecho a cambiar los términos de este aviso. Los términos de este Aviso pueden cambiar en cualquier momento. Si se cambia este Aviso, los nuevos términos del aviso pueden entrar en vigencia para toda la PHI que mantiene SPT, incluida cualquier información creada o recibida antes de emitir el nuevo aviso. Si se cambia este Aviso, el nuevo aviso se publicará en las áreas de espera de todas las clínicas de SPT y en nuestro sitio de Internet en <https://smiththerapypartners.com/>. También puede obtener cualquier nuevo aviso comunicándose con el Oficial de Privacidad.

Para obtener información adicional o para presentar una queja: si tiene preguntas sobre este Aviso o le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nosotros utilizando la información a continuación.

Smith Therapy Partners LLC INFORMACIÓN DE CONTACTO:

<p>Oficial de privacidad Socios de Smith Therapy 10785 West Twain Avenue, Las Vegas, Nevada 89135</p> <p>Oficina: 725-726-7847</p>	<p>También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando https:// www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</p>
--	---

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____