



¡Bienvenido!

Nos complace que usted haya seleccionado Physical Therapy & Sports Performance (PPT) para su atención de rehabilitación y sus necesidades de fisioterapia. Nuestra meta es librarlo del dolor y lograr que usted vuelva a ser funcional en el menor tiempo posible, pero la fisioterapia es un proceso y en base a su diagnóstico y estado actual, este proceso puede tardar unos días o unos meses. Por favor, háganos saber cómo podemos servirle mejor ya que usted es la razón por la cual se fundó Physical Therapy & Sports Performance. Esperamos que disfrute de su tiempo con nosotros ya que nos dedicamos a ayudarle a alcanzar su potencial de recuperación completa.

Por favor, complete los formularios adjuntos en forma legible, precisa y completa. Esta información se mantendrá en estricta confidencialidad de acuerdo con la ley HIPAA modificada y es esencial para asegurar su comprensión de nuestros procedimientos de facturación, nuestra determinación de su diagnóstico de fisioterapia y el desarrollo completo, individualizado y funcional de su plan de atención. Usted tiene acceso a sus registros bajo pedido en cualquier momento (sujeto a las normas de conservación de registros). Vamos a requerir una notificación de entre cinco y diez días hábiles para cumplir con su petición de manera completa.

¡Gracias!

El equipo de Premier Physical Therapy

Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT)

En asociación con Fallon Physical Therapy

Información del paciente

Por favor imprima toda la información en los espacios provistos. Asegúrese de completar toda la información pertinente.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento _____ SS# _____ Hombre Mujer

Dirección _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal _____

Número de teléfono principal (_____) _____ Casa/Celular _____ Correo Electrónico: _____

Médico que lo deriva: _____ Teléfono (_____) _____ Próxima cita?

Nombre y número de teléfono de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____

¿Ha recibido algún tratamiento este año, cual sea tratamiento quiropráctico, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla? Sí NO

Información del seguro:

Seguro primario
Compañía aseguradora _____
Empleador _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Seguro secundario
Compañía aseguradora _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Detalles sobre su lesión:

¿Su lesión se relaciona con su trabajo? SÍ NO Fecha de la lesión _____
¿Su lesión es debido a un accidente de tráfico? SÍ NO Fecha de la lesión _____
¿Su lesión se debe a una responsabilidad civil en locales? SÍ NO Fecha de la lesión _____
¿Su lesión se debe a un asalto o una batería? SÍ NO Fecha de la lesión _____

Por la presente autorizo el pago a PPT de los beneficios médicos facturados a mi seguro. Por la presente, acepto la responsabilidad del pago de cualquier servicio que se me haya proporcionado y que no esté cubierto por mi seguro. También acepto la responsabilidad de cubrir los honorarios que excedan el pago realizado por mi seguro si la práctica no participa con mi seguro. Acepto pagar todos los copagos, coseguros y deducibles en el momento de la prestación del servicio.

Firma del paciente o tutor/representante legal

Fecha

Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT)

Por favor, lea y escriba sus iniciales en cada uno...

_____ **Condiciones de cancelación** Le solicitamos que cuando sea posible nos dé un aviso de 24 horas si necesita cancelar una cita. Somos flexibles y entendemos que surgen situaciones que en ocasiones exceden nuestro control. Vamos a trabajar con usted para reprogramar su cita sin penalidad si nos llama antes de la hora de su cita. Al colocar sus iniciales, usted reconoce que queda bajo nuestro criterio cobrarle una tarifa de \$85 si "no llama ni se presenta" a una cita.

_____ **Política financiera** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios que se me presten, incluyendo el saldo restante después de los pagos de los posibles beneficios del seguro. Entiendo que cuando sea aplicable, debo abonar la parte que me corresponda al momento de recibir los servicios. Por la presente autorizo el pago a PPT de los beneficios médicos facturados a mi seguro. Por la presente, acepto la responsabilidad del pago de cualquier servicio que se me haya proporcionado y que no esté cubierto por mi seguro. También acepto la responsabilidad de cubrir los honorarios que excedan el pago realizado por mi seguro si la práctica no participa con mi seguro. Acepto pagar todos los copagos, coseguros y deducibles en el momento de la prestación del servicio.

_____ **Política de cobro** Entiendo que cualquier saldo pendiente en mi cuenta podrá ser referido a una agencia de cobros o abogado. Si es así, una cuota de 33% será agregada al saldo total debido en el momento que mi cuenta es referida. Métodos de contacto podrá incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o/y uso de un dispositivo de marcación automático, según corresponda. Iniciando, he leído la revelación y estoy de acuerdo de que PPT/agencia de cobros/abogado podrá contactarme tal como se describe anteriormente.

_____ **Asignación de beneficios** Autorizo el pago de beneficios médicos por los servicios profesionales prestados por PPT tanto a mi persona como a los nombres proporcionados.

_____ **Acuerdo de compromiso** Entiendo el compromiso al proceso de la terapia física. Entiendo que tengo que dedicarme a planificar mis citas de acuerdo al orden de mi doctor o discreción de mi terapeuta. Procuró ser consistente en mi asistencia y no faltar a mis citas planificadas. Estaré dedicado a mi programa de ejercicios de hogar y autotratamiento, para así poder realizar los mejores resultados posibles.

_____ **Consentimiento de Tratamiento** Entiendo y represento que tengo una condición que requiere intervención de terapia física y autorizo a PPT que me de tal cuidado. Para poder mejorar mi condición física con respecto al dolor, rango de movilidad, fuerza u otro impedimento físico, yo le pido, y doy autorización, para la evaluación y tratamiento del personal de PPT. Yo le pido y autorizo a PPT para proporcionar tratamiento y llevar al cabo los procedimientos que son razonables y necesarios para mi diagnóstico. Reconozco que el contacto físico con mi cuerpo, hecho por el terapeuta o personal puede ser necesario para proporcionar el tratamiento apropiado y en sí autorizó el contacto físico. Entendí que mi cuidado y tratamiento de terapia física puede ser realizado por un terapeuta, asistente del terapeuta y/o un técnico de terapia. Reconozco que hay ciertos riesgos involucrados con un programa de terapia física, y entendiendo estos riesgos, he elegido continuar con tal programa. Le informare, con apuro, a mi terapeuta de cualquier cambios a mi condición (Medico, físico, etc.) o medicamentos ya que podrán afectar cambios a mi programa. Parare inmediatamente cualquier procedimiento, actividad o tratamiento y le informare al terapeuta de cualquier dolor, fatiga, dificultad para respirar, mareo o náusea que podrá desarrollarse durante el tratamiento. Parare y discontinuare cualquier parte del programa que me cause dolor, malestar, incomodidad o cualquier otra inquietud.

_____ **Menores/niños/acompañantes** Reconozco que cualquier menor/niño/acompañante de que me acompañe a mis citas será mi responsabilidad y acepto el riesgo de sus comportamientos entre y alrededor del edificio y liberó a LVPPT de toda responsabilidad y riesgo. Estoy de acuerdo en cumplir con los pedidos del personal si los comportamientos de mi menor/niño/acompañante se vuelven disruptivos. Entiendo que solo pacientes están permitidos en el área de tratamiento por la seguridad de todos. Sin embargo, mi acompañante podrá entrar conmigo si es necesario por razones médicas.

_____ **Contacto** Está usted de acuerdo que para mantener su cuenta o para coleccionar cualquier cantidad que usted pueda deber o cualquier otra información con respecto a su tratamiento (incluyendo pero no limitado a las citas, información sobre seguros, información sobre el cuidado de la salud, etc.) PPT/Agencia de cobros se puede poner en contacto con usted por teléfono en cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluyendo los números de teléfono celular en el cual podrían resultar en cargos adicionales a usted. También podemos comunicarnos con usted por mensajes de texto o mensajes de correo electrónico utilizando cualquier dirección de correo electrónico o cualquier número de teléfono que nos ha proveído.

Firma del paciente o tutor/representante legal

Fecha

Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT) Información y Formulario de Consentimiento HIPAA

La Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) proporciona un amparo para proteger su privacidad. La aplicación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. Muchas de las políticas han sido nuestra práctica desde hace años. Este formulario es una versión "amigable". Un texto más completo, en su versión modificada, se puede encontrar en la oficina y está disponible bajo pedido.

De qué se trata todo esto: En concreto, hay reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado sobre su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para ofrecerle servicios de oficina. HIPAA proporciona ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Nosotros equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de ofrecerle un servicio profesional de calidad y cuidado. Información adicional, ilustraciones y la ley completa, que incluye videos educativos, están disponibles desde el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, salvo que sea necesaria para proporcionar los servicios o para asegurar que todas las cuestiones administrativas relacionadas con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros profesionales de la salud, laboratorios, y pagadores de seguros de salud según sea necesario y apropiado para su cuidado. Los archivos de los pacientes pueden almacenarse en registros abiertos y no contendrán ningún tipo de codificación que identifique la condición o información de un paciente que no sea ya pública. El curso normal de la prestación de atención significa que tales registros se pueden dejar, al menos temporalmente, en áreas administrativas tales como la recepción, una sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas ajenas al personal de la oficina. Usted está de acuerdo con los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. No es política de esta oficina recordarle a los pacientes sus citas. Sin embargo, si elegimos hacerlo, podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo postal, o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicitado por usted. Podemos enviarle otras comunicaciones que informen de cambios en la política de la oficina y nuevas tecnologías que le puedan resultar útiles o informativas.
3. La práctica utiliza un número de proveedores en el ejercicio de la actividad. Estos vendedores pueden tener acceso a su PHI, pero deben aceptar cumplir las normas de confidencialidad de HIPAA y a los mismos se les ha ofrecido celebrar contratos comerciales.
4. Usted entiende y está de acuerdo con las inspecciones aleatorias de la oficina y la revisión de los documentos, que puede incluir PHI, por agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted se compromete a llamar la atención del Oficial de Cumplimiento HIPAA o el fisioterapeuta en lo referido a cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad. Si usted cree que no se están escuchando sus quejas o que las mismas no están generando ninguna acción en consecuencia, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS, por sus siglas en inglés).
6. Su información confidencial no será utilizada con fines de venta o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Aceptamos proporcionar a los pacientes el acceso a sus registros en tiempo y forma de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, añadir, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades tanto de PPT y del paciente.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información protegida de salud y cambios en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a alterar las políticas internas para cumplir con su solicitud.

Yo, _____, por este medio doy mi consentimiento y expreso mi aceptación de los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento tendrá vigencia desde este momento en adelante a pesar de que puedan realizarse enmiendas.

FECHADO: _____

Historia clínica de Premier Physical Therapy & Sports Performance (PPT)

(Las regulaciones federales requieren incluir una historia clínica en su expediente médico)

Nombre del paciente: _____

Tiene usted/o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes:

Diabetes	Sí	No	Sensible al calor/hielo	Sí	No
Presión arterial alta	Sí	No	Actualmente embarazada	Sí	No
Enfermedad cardíaca	Sí	No	Otras alergias	Sí	No
Ataque al corazón	Sí	No	Cirugía anterior	Sí	No
Marcapasos	Sí	No	Hernia	Sí	No
Dolores de cabeza (crónicos)	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Problemas renales	Sí	No	Implantes metálicos	Sí	No
Trastornos nerviosos	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Deficiencias visuales/auditivas	Sí	No	Neuropatía periférica	Sí	No
Entumecimiento	Sí	No	Hormigueo	Sí	No

Otro/s problema/s de salud pasado/s o presente/s: _____

Enumere las cirugías pertinentes: _____

Fechas de las cirugías pasadas: _____

¿Está actualmente tomando alguna medicación? Sí _____ No _____

Nombre de la medicación	Condición
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

La información anterior es correcta y está completa a mi leal saber y entender

Firma del paciente

Fecha

Cuestionario De Salud PHQ

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

1. **Queja Principal** _____

A. **Fecha de lesión/cirugía** _____

B. **¿Que exámenes ha tenido usted para sus síntomas y cuando fueron realizados?**

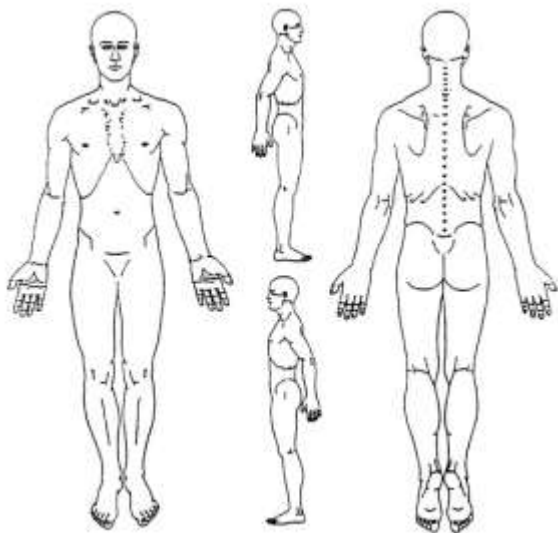
A. Rayos X – Fecha _____ B. MRI – Fecha _____ C. CT Scan – Fecha _____

C. **En general diría usted que su salud ahorita es...**

1. Excelente 2. Muy Bien 3. Buena 4. Mas O Menos 5. Mal

2. **¿Que tan seguido sufre sus síntomas?**

A. Constantemente (76-100% del día) B. Frecuentemente (51-75% del día)
C. Ocasionalmente (26-50% del día) D. Raramente (0-25% del día)



3. **¿Que describe la naturaleza de sus síntomas?**

A. Punzante B. Opaco C. Adormecido D. Agudo E. Ardor F. Hormigueo

4. **¿Como están cambiando sus síntomas?**

A. Mejorando B. Igual C. Empeorando

B. Durante las 4 semanas pasadas, indique la intensidad de sus síntomas.

Ninguno Intolerable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Firma Del Paciente _____

Fecha _____