

TOWER PHYSICAL THERAPY, INC.

Nombre de paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de seguro _____ Sex: M/F

Teléfono Primario: _____ Teléfono secundario: _____

Tipo: Mobil Casa Otro Tipo: Mobil Casa Otro

Correo electrónico _____

Empleador: _____ Ocupación _____

Número de teléfono: _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Información de seguridad

Asegurado (si es diferente): _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación al paciente: Si mismo Espos(a) Hijo(a) Otro

**** Uso de Oficina ****

Deducible: _____ **Acumulado:** _____

COASEGURO: _____ / **Límite de visitas** _____ **Autorización requerida:** _____

Copago: \$ _____ por visita

*****Para pacientes menores de 18 *****

Yo _____, por la presente otorga consentimiento Tower Physical Therapy, Inc. para proveer
Padre/tutor

Cualquier tratamiento necesario para mi hijo/a (paciente), a lo largo de la duración del tratamiento sin necesidad de mi presencia en futuras citas.

Fecha de nacimiento del padre/madre

Seguro Social del padre/madre

No. Telefónico de padre/madre

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorización para el tratamiento por la presente se otorga a Tower Physical Therapy, Inc. Les asigno todos los pagos por los servicios médicos prestados. También autorizo obtener todos los registros médicos necesarios con respecto a esta lesión/enfermedad hacia o desde cualquier médico/aseguradora. He leído y entiendo los beneficios de arriba. *Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento.*

X _____

Firma del paciente o tutor

Fecha de Hoy

(CONTINÚA EN LA PARTE POSTERIOR)

¿Cómo ocurrió esta lesión?

	Sí	No	
¿Su lesión es debido al accidente de auto?	[]	[]	Fecha del accidente: _____
¿Su lesión es relacionada al trabajo?	[]	[]	Fecha de la lesión: _____
¿Tuvo cirugía?	[]	[]	Fecha de cirugía: _____
¿Has visto un fisioterapeuta Para esta condición?	[]	[]	Cuándo y cuántas sesiones? _____

¿Has visto un quiropráctico para esta
Condición? [] []

¿Está usted tomando algún medicamento para
esta condición? [] []

Si su respuesta es sí, indique que tipo de medicina [] Dolor [] Relajantes musculares [] Antiinflamatorio

¿Lo que agrava su condición? _____
(Ejemplo: caminar, estar de pie, empujar)

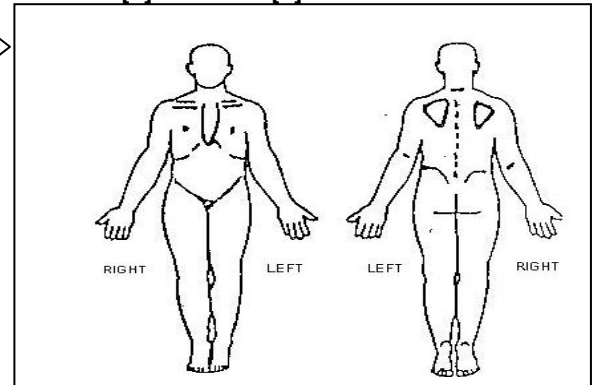
¿Lo que facilita su condición? _____
(Ejemplo: descanso, hielo, caliente)

¿Lo que haga perjudicar esta condición? _____
(Ejemplo: vestirse, tareas domésticas)

Por favor, describa su dolor- [] Piquetes [] Leve per constante [] Ardiente [] Eléctrico [] Calambres

Indicar Ubicación del dolor ➔

En reposo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En un nivel moderado de actividad?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En el mayor nivel de actividad?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



¿USTED HA SIDO DIAGNOSTICADO CON CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

(Por favor circule las que apliquen)

Corazón problemas Diabetes Cáncer Hipertensión arterial Ataque Fulminante
 Esclerosis múltiple Asma Artritis Enfermedad del riñón Enfisema Depresión Anemia
 Hepatitis Tiroides Problemas epilepsia
 Otros: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

[] Nombre del médico: _____ Próxima cita al doctor _____
 [] Amigo [] Paciente Anterior [] En Línea [] Anuncio

TOWER PHYSICAL THERAPY, INC.

1801 Colorado Ave Suite 260

Turlock, CA 95382

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo información médica sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise este documento cuidadosamente.

Usos y divulgaciones:

Tratamiento:

Su información médica puede ser utilizada por los miembros del personal o revelada a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnóstico de condiciones médicas y ofrecer tratamiento. Por ejemplo, resultados de pruebas de laboratorio y procedimientos estará disponibles en su expediente médico a todos los profesionales de salud que puede proporcionar tratamiento o que podrá ser consultado por los miembros del personal.

Pago:

Información sobre su salud puede utilizarse para buscar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una compañía de seguros del automóvil o de compañías de tarjetas de crédito que usted puede utilizar para pagar por los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre fechas de servicio, los servicios prestados y la dolencia es tratada.

Operaciones de atención médicos:

Información sobre su salud puede utilizarse como sea necesario para apoyar las actividades cotidianas y gestión de torre de terapia física, Inc. Por ejemplo, información sobre los servicios que usted recibió puede utilizarse para apoyar los presupuestos financieros informes y actividades para promover la calidad.

Aplicación de la ley:

Puede divulgarse su información médica a agencias policiales para apoyar el gobierno auditoría e inspecciones, para facilitar las investigaciones de aplicación de la ley, y cumplir con el gobierno por mandato informes.

Informes de salud pública:

Puede divulgarse su información médica a la Agencia de salud pública como es requerido por ley. Por ejemplo, estamos obligados a reportar ciertas enfermedades contagiosas al Departamento de salud pública del estado.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización:

La divulgación de información sobre su salud o su uso para fines distintos de los mencionados requiere su específica autorización escrita. Si cambias de opinión después de autorizar un uso o divulgación de su información, usted puede presentar una revocación de la autorización escrita. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afecta ni deshacer cualquier uso de divulgación de información que se produjo antes de que nos notificara de su decisión para revocar su autorización.

Usos adicionales de información:

Información acerca de los tratamientos: información sobre su salud puede utilizarse para enviarle información que usted puede encontrar interesantes sobre el tratamiento y manejo de su condición médica.

(Continúa en la página trasera)

Hay ciertos derechos que usted tiene bajo el federal normas de privacidad a continuación:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida.
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento.
- El derecho a inspeccionar su información de salud protegida
- El derecho a modificar o enviar correcciones a su información médica protegida.
- El derecho a recibir una copia impresa de esta notificación.

Tower Physical Therapy, Inc.

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica y a proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a acatar las políticas de privacidad y prácticas que se describen en este aviso.

Derecho a revisar las prácticas de privacidad:

En la medida permitida por la ley, nos reservamos el derecho de modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por los reglamentos y las leyes estatales y federales. A petición, le proveeremos que con el aviso más recientemente revisado en cualquier oficina de visita. La revisión de las políticas y prácticas se aplicará a toda la información médica protegida que mantenemos.

Solicitudes para inspeccionar la información de salud protegida:

Generalmente puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. En la medida permitida por el Reglamento federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida presentarán por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros contactándose con la recepcionista. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que existan razones médicas o legales para negar la solicitud.

Reclamaciones:

Si desea enviar un comentario o queja acerca de nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta a:

Grace Chávez / Office Manager
Tower Physical Therapy, Inc
1801 Colorado Ave Suite 260
TurlockCA 95382
(209) 216-3360

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados o para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, usted debe llamar nuestra atención el asunto mediante el envío de una carta que describa la causa de la preocupación a la misma dirección. No ser penalizado o de lo contrario represalias contra para archivar una queja.

Este aviso es efectivo en o después del 14 de abril, 03

Formulario de reconocimiento escrito

Nuestro aviso de práctica de privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted. Lo dispuesto en el aviso, pueden cambiar los términos de nuestra notificación. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede solicitar una copia revisada.

He tenido la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo preguntar preguntas a la práctica médica si no entiendo cualquier información contenida en el aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

TOWER PHYSICAL THERAPY, INC.

Seguros privados: Cualquier seguro que **NO** corresponden a una lesión en el trabajo.

Compensación de trabajadores: Trabajo relacionados con lesiones

Por favor lea y firme la siguiente que se aplican a su plan de salud.

SEGUROS PRIVADOS/MEDI-CARE:

Si usted pertenece a un plan de proveedor preferido, se aceptarán según la tarifa del contrato de ese plan de salud. Si su plan de salud tiene un copago o % plan después deducible, usted es responsable por ese monto. **Copagos se recogerá a la hora de su cita.** Para todos los planes que tienen un plan % que le facturará por porciones debido al recibir explicación de los beneficios de su seguro.

Si usted no es consciente de los beneficios de la terapia física, por favor háganoslo saber y nosotros les adquirirá para ti, lo contrario asumiremos que usted está consciente de sus beneficios.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES:

La factura se le mandara a la seguridad de compensación. Firmar a continuación nos permite saber que en efecto presentó su lesión con su empleador y un caso fue abierto. Por favor entienda que si la determinación se hace que su reclamo es no relacionados con que usted será responsable de todos los cargos incurridos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____