



# FORMULATORIO PARA PACIENTES NUEVOS

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

FECHA: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ (INICIAL SEGUNDO NOMBRE): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: F M NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TELEFONO CELLULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ OCCUPACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** SOLTERA (O)/ CASADA (O)/ DIVORCIADA (O)/VIUDA (O)/SEPARADA (O)/PAREJA DOMESTICA/ MENOR DE EDAD

**NOMBRE DE ESPOSA (O):** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR DE SU ESPOSA (O):** \_\_\_\_\_ **OCCUPACION:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_ **RELACION:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (Favor de Completar)

**ASEGURANSA PRINCIPAL** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE POLICITA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ASEGURADO:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**ASEGURANSA SECUNDARIA** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE POLICITA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ASEGURADO:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**TODOS LOS SERVICIOS PROFESIONALES SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Tipo de lesión / problema \_\_\_\_\_ Fecha de inicio / fecha de la lesion \_\_\_\_\_

Tipo de cirugía y fecha \_\_\_\_\_

¿Cuándo es su próxima cita con el médico? \_\_\_\_\_

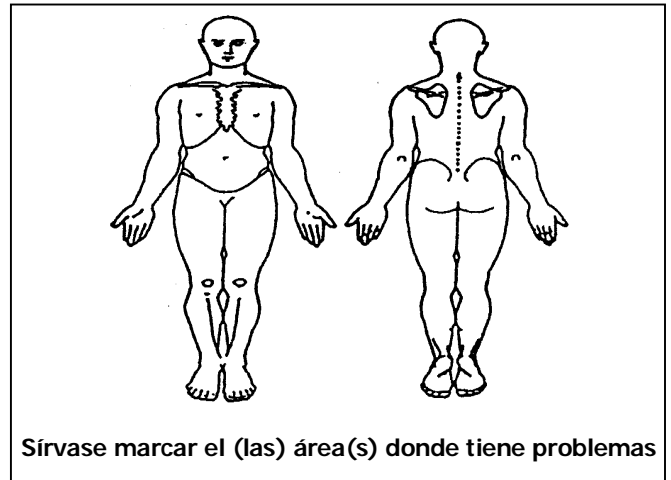
Describe qué tratamiento anterior ha recibido para este problema \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento de un quiropráctico este último año? Sí / No

¿Ha recibido tratamiento de terapia del habla este último año? Sí / No

¿Ha recibido tratamiento de cuidado en casa a través de Medicare? Sí / No



**¿Le han tomado cualquier tipo de imágenes?:**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Radiografía | <input type="checkbox"/> Doppler  |
| <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada (CT Scan)                     |
|                                      | <input type="checkbox"/> Exploración de imágenes por resonancia magnética (MRI) |

**Ha notado recientemente:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida / Aumento de peso                     | <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos                   | <input type="checkbox"/> Cansancio                      |
| <input type="checkbox"/> Debilidad                                     | <input type="checkbox"/> Calentura / Escalofríos / Sudores   | <input type="checkbox"/> Entumecimiento / Hormigueo     |
| <input type="checkbox"/> Embarazada / Dispositivo anticonceptivo (IUD) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                   | <input type="checkbox"/> Cambios en su vista o audición |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la noche                             | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas al caminar | <input type="checkbox"/> Insomnio                       |

**Tiene o ha tenido lo siguiente?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugías  | <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento          | <input type="checkbox"/> Fracturas                          |
| <input type="checkbox"/> Torceduras / Desgarros                            | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Problemas de la presión sanguínea  |
| • Problemas del corazón  | <input type="checkbox"/> Cáncer                            | <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico          |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios / Coágulos                | <input type="checkbox"/> Asma / Problemas respiratorios    | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente le salen moretones / Fácilmente sangra | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pierna(s)/tobillo(s) | <input type="checkbox"/> Problemas / Infecciones urinarias  |
| <input type="checkbox"/> Indigestión / Ardor (acidez) estomacal            | <input type="checkbox"/> Desmayos                          | <input type="checkbox"/> Alergias / Sensibilidad de la piel |
| • Cualquier lesión anterior que pudiera afectar _____                      |  |   |

Explique y proporcione las fechas aproximadas de cualquier problema arriba indicado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Actualmente está tomando medicinas? Sí / No      Nombre y tipo de medicina \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de dolor: Agudo / Quema / Dolor constante / Hormigueo / Entumecimiento / Otro \_\_\_\_\_

Califique su dolor (1=mínimo 10=severo):      Cuando el dolor está en su peor momento: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Cuando el dolor está en su mejor momento: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué espera obtener de su tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus metas físicas o de bienestar? \_\_\_\_\_

¿Hay otra cosa que quisiera usted incluir o preguntarle a su terapeuta físico? \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o Representante personal** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO A UN MENOR DE EDAD:** Como el padre/madre y/o tutor legal, autorizo **Elite Physical Therapy** a proporcionar tratamiento al paciente menor de edad nombrado en los formularios que se anexan mientras yo no este presente.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR CUIDADOS Y TRATAMIENTO:** Su Terapeuta Físico llevará a cabo una evaluación mediante un examen y entrevista. Con base en esto, será diseñado su programa individual de tratamiento. Se podrá usar una variedad de diferentes técnicas de tratamiento. Yo el suscrito por el presente quedo de acuerdo y doy mi consentimiento para que **Elite Physical Therapy** proporcione terapia física y tratamiento considerado necesario y adecuado para evaluar o tratar mi condición física.

**ASIGNACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO:** Por el presente yo autorizo a **Elite Physical Therapy** a proporcionar información a las compañías de seguros respecto a este tratamiento y por el presente cedo cualquier pago por los servicios prestados.

**RECLAMACIONES DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO:** Si usted está recibiendo los beneficios bajo Compensación por Accidentes de Trabajo y subsecuentemente le niegan dichos beneficios, usted podrá ser responsable de pagar la cantidad total de los cargos por los servicios prestados en su tratamiento.

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y POR NO PRESENTARSE A UNA CITA:** Requerimos que nos notifique con 24 horas de anticipación en caso de tener que cancelar su cita. El cargo por cancelar una cita sin dar aviso es de **\$25.00**. Este cargo no lo cubre el seguro, y tendrá que ser pagado por usted personalmente antes de poder recibir tratamiento adicional.

**POLÍTICA FINANCIERA:** Nosotros enviaremos una factura a su compañía de seguros únicamente como una cortesía para usted. Usted es el responsable de su factura. Requerimos que haga hoy mismo los arreglos para pagar su parte estimado de la factura. Si su compañía de seguros no nos envía el pago dentro de un plazo de 60 días, el saldo adeudado será su responsabilidad total. En el caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de pagos que nos han sido hechos, usted podrá ser responsable por la cantidad de dinero reembolsado a su compañía de seguros. Si usted recibe cualquier pago hecho a usted por parte de su compañía de seguros por los servicios que le hemos facturado, usted reconocer la obligación de enviarnos a la brevedad posible el (los) pago(s). Si fuera necesario llevar a cabo procedimientos formales de cobranza por dinero que nos adeude, usted será responsable por cualquier cargo adicional incurrido. Hemos revisado con usted sus prestaciones del seguro como nos han indicado su compañía de seguros. No asumimos responsabilidad por ningún error hecho por su compañía de seguros en esta cotización. Hemos revisado estas prestaciones con usted y usted queda de acuerdo en pagar su parte de esta factura.

Co-Pay	Co-Insurance
<p><b>Pago estimado del paciente</b></p> <p>Co-pago \$ _____/visita</p> <p>Deducible \$ _____/año</p> <p>___ Pagaré cada visita</p> <p>___ Pagaré semanalmente por adelantado</p>	<p><b>Pago estimado del paciente</b></p> <p>Co-pago \$ _____/visita</p> <p>Deducible \$ _____/año</p> <p>___ Pagaré cada visita</p> <p>___ Pagaré semanalmente por adelantado</p>

La anterior información me fue leída y explicada. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE PAGAR MI CUENTA.

Paciente/Tutor/Parte Responsable

Fecha

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(Entra en vigor el 14 de abril de 2003 )

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEER EL AVISO CUIDADOSAMENTE.

## USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

**Para tratamientos:** Podemos usar información médica acerca de usted para proporcionarle tratamiento médico o servicios. **Para pagos:** Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para que el tratamiento y servicios que usted recibe en nuestra clínica puedan facturarse y el pago pueda serle cobrado a usted, a una compañía de seguros, o a una tercera persona o entidad. **Para asuntos de atención médica:** Podemos usar y divulgar información médica acerca de usted para los asuntos de nuestra práctica de atención médica. **Para personas involucradas en su cuidado o en el pago de su cuidado:** Podremos dar a conocer información médica acerca de usted a una amistad o miembro de la familia quien está involucrado en su atención médica. **Para servicios relacionados con la salud y tratamientos alternativos:** Podremos usar y divulgar información médica para informarle de servicios relacionados con la salud o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrán serle de interés. **De acuerdo a lo requerido por la ley:** Divulgaremos información médica acerca de usted cuando lo requieran las leyes federales, estatales, o locales. **Para prevenir una seria amenaza a la salud o la seguridad:** Podremos usar y divulgar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona. **Para personal del servicio militar y veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podremos dar a conocer la información médica de usted cuando lo requieran las autoridades del comando militar. **Compensación por accidentes de trabajo:** Podremos dar a conocer información médica acerca de usted para programas de compensación por accidentes de trabajo o programas similares. **Para riesgos de salud pública:** Podremos dar a conocer información médica acerca de usted para actividades de salud pública. **Para actividades de vigilancia médica:** Podremos dar a conocer información médica a una agencia de vigilancia médica para actividades autorizadas por ley. **Para demandas y disputas:** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podremos dar a conocer información médica acerca de usted en respuesta a una orden de la corte o mandato administrativo. **Para agencias policíacas:** Podremos dar a conocer información médica si lo solicita algún oficial de una agencia policíaca. **Para médicos forenses, examinadores médicos, y directores de funerarias:** Podremos dar a conocer información médica a un médico forense o examinador médico. **Para actividades de seguridad nacional y de inteligencia:** Podremos dar a conocer información médica acerca de usted a oficiales federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley. **Para servicios de protección del Presidente y otros:** Podremos dar a conocer información médica acerca de usted a oficiales federales autorizados para que ellos puedan proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes extranjeros de estado o para llevar a cabo investigaciones especiales. **Para reclusos:** Si usted es un recluso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de una agencia policíaca, podremos dar a conocer información médica acerca de usted a la institución correccional o al oficial de la agencia policíaca.

## SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

**SU DERECHO DE REVISAR Y COPIAR:** Para revisar y copiar su información médica, debe presentar una solicitud por escrito. Bajo ciertas circunstancias limitadas, podremos rechazar su solicitud de revisar y copiar su información médica. Si se le niega acceso a su información médica, usted podrá solicitar por escrito, que dicho rechazo sea revisado. **Su derecho de modificar:** Si piensa que la información médica que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, por escrito, usted podrá solicitar una modificación. Su solicitud podrá rechazarse si no incluye una razón para apoyar su solicitud. **Su derecho a una explicación de la información divulgada:** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito, una lista mencionando cualquier información entregada de su información médica que hemos hecho, excepto para usos y explicaciones de tratamiento, pago, u asuntos de atención médica, como se mencionó anteriormente. **Su derecho de solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o damos a conocer acerca de su tratamiento, pagos, u asuntos de atención médica. **No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud.** **Su derecho de solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene derecho a pedir por escrito que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una forma específica o en un cierto lugar en particular. **Su derecho de obtener una copia impresa de este aviso:** Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

**CAMBIOS A ESTE AVISO:** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso, y colocaremos este aviso en los tableros de avisos de nuestras instalaciones.

**QUEJAS:** Si piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con la práctica o con la Secretaría de Servicios Médicos y Humanos.

**OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:** Sólo con su autorización por escrito se podrá usar y divulgar la información médica no cubierta por este aviso o por las leyes que sean aplicables a nosotros. Si usted nos da autorización para usar o dar a conocer la información médica acerca de usted, podrá revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni daremos a conocer la información médica acerca de usted para las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos recuperar la información que ya hemos proporcionado con su autorización y que se nos requiere quedarnos con su expediente que incluye los cuidados que le hemos proporcionado.

Mediante mi firma más abajo acepto y reconozco haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente o Representante personal

Fecha



## POLÍTICA DEL PACIENTE

---

### POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y POR NO PRESENTARSE A UNA CITA

Para continuar y establecer la calidad de servicio, es requerido que nos notifique con **24 Horas** de anticipación en caso de tener que cancelar su cita o volver a programar su cita con Elite Physical Therapy & Wellness.

Si usted como paciente no nos notifica con **24 Horas** de anticipación para cancelar o volver a programar su cita. El cargo por no dar aviso de **24 Horas** es de **\$25.00**. Este cargo no lo cubre el seguro, y tendrá que ser pagado por usted personalmente antes de poder recibir tratamiento adicional con Elite Physical Therapy & Wellness.

---

Paciente/Tutor/Parte Responsable

Fecha

---

Representante de la Clínica

Fecha