

Ability Health Services & Rehabilitation, LP
Formulario de antecedentes del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. del Seguro Social: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Nro. de celular/teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Estado civil (encerrar en un círculo): Soltero/a Casado/a Divorciado/a Religión: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Raza: Asiática/Isleña del Pacífico ___ Hispánica ___ Negra ___ Blanca ___ Esquimal/Aborígen estadounidense ___ Otra ___

Origen étnico: Hispánico o latino ___ No hispánico o no latino ___ Idioma principal _____

¿Seguro al que le facturaremos los servicios prestados? Comercial ___ Empresa de los trabajadores ___ Vehículo motorizado ___ Medicare ___ Otro ___

Problema actual: _____ Fecha de la lesión: _____ Fecha de la cirugía: _____

Nivel de dolor (de 0 a 10) Actual: _____ Óptimo: _____ Pésimo: _____ Altura: _____ Peso: _____

HISTORIA MÉDICA (¿Tiene o tuvo alguna de las afecciones o estados siguientes?)

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿PROBLEMAS CARDÍACOS?	_____	_____	¿MARCAPASOS?	_____	_____
¿HIPERTENSIÓN ARTERIAL?	_____	_____	¿DIABETES?	_____	_____
¿TB/VIH/HEPATITIS?	_____	_____	¿CÁNCER?	_____	_____
¿CONVULSIONES?	_____	_____	¿EMBARAZO?	_____	_____
¿INCONTINENCIA URINARIA?	_____	_____	¿OSTEOPOROSIS?	_____	_____
¿TABAQUISMO?	_____	_____	¿ALCOHOL?	_____	_____

Si fuma/fumaba, con qué frecuencia: _____ Si bebe/bebía alcohol, con qué frecuencia: _____

Indique las **ALERGIAS**: _____

Indique todas la cirugías, lesiones, problemas médicos o tratamientos anteriores de los últimos 5 años.

Indique las afecciones que puedan influir en su tratamiento: _____

¿Su situación actual le causó dificultades significativas en la vida familiar y/o social? Sí _____ NO _____
En caso afirmativo, descríbalas: _____

Describe las limitaciones que tiene: _____

Sus objetivos del tratamiento: _____

Empleo/trabajo: A tiempo completo _____ A tiempo parcial _____ Ama/o de casa _____ Estudiante _____ Retirado/jubilado _____

Desempleado _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Describe brevemente su ocupación: _____

¿Usa algún dispositivo de ayuda en este momento? Sí _____ NO _____

En caso afirmativo: Bastón _____ Andador _____ Andador con ruedas _____ Silla de ruedas motorizada _____ Otro: _____

¿Con quién vive? Solo _____ Cónyuge/pareja _____ Hijo(s) _____ Familiar(es) _____ Ámbito grupal _____

Asistente de cuidado personal _____ Otro(s) (describa): _____

¿Tiene un poder legal? Sí _____ NO _____ Representante: _____ Teléfono _____

(Firma del paciente): _____ Fecha: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Medicamentos recetados	Motivo por el que lo toma	Dosis	Frecuencia/vía	Recetado por/Teléfono:

Medicamentos de venta libre	Motivo por el que lo toma	Dosis	Frecuencia/vía	Recetado por/Teléfono:

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____



ABILITY HEALTH SERVICES & REHABILITATION, LP

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Ability Health Services, Inc

Mi "información protegida sobre la salud" (PHI, por sus siglas en inglés) significa información de salud que incluye mi información demográfica provista por mí y generada o recibida por mi médico, centro de rehabilitación, otro proveedor de atención médica, un plan de salud y mi empleador o una cámara de compensación de cuidado de la salud. Esa información protegida sobre la salud se relaciona con mi salud o estado físico o mental pasado, presente y/o futuro y me identifica, o hay una base razonable para creer que la información puede identificarme. Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción sobre cómo se usa o revela mi información protegida sobre la salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado de la salud de la práctica médica. Ability Health Services no tiene la obligación de aceptar las restricciones que yo solicite; pero sí de cumplir las que yo solicite y Ability Health Services acepte. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que Ability Health Services haya actuado dependiendo de dicho consentimiento.

Comprendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de privacidad de Ability Health Services, el cual se me ha facilitado antes de firmar el presente documento. El Aviso de Prácticas de privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información protegida sobre la salud que tendrán lugar durante mi tratamiento, el pago de mis facturas y la ejecución de las operaciones de cuidado de la salud de Ability Health Services. El Aviso de Prácticas de privacidad de Ability Health Services también se publica en cada consultorio y en el sitio web de Ability Health Services, www.abilityrehabilitation.com. Este Aviso de Prácticas de privacidad también describe mis derechos y las obligaciones de Ability Health Services con respecto a mi información protegida sobre la salud. Ability Health Services se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el Aviso de Prácticas de privacidad. Puedo obtener un aviso de prácticas de privacidad revisado en el sitio web de Ability Health Services, o bien puedo llamar al consultorio y solicitar que me envíen una copia revisada por correo o pedirla en mi próxima cita.

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Autoridad del representante personal

Por el presente autorizo la revelación de mi información protegida sobre la salud a las siguientes personas (NOMBRE Y PARENTESCO/RELACIÓN en letra de imprenta):

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Intenté que el paciente firmara el presente **Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de privacidad**, lo cual no fue posible según se documenta a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Motivo:
--------	------------	---------



ABILITY HEALTH SERVICES & REHABILITATION, LP

PAUTAS PARA LOS PACIENTES Y POLÍTICA DE CANCELACIONES

1. Llegue a sus citas con puntualidad para tener el tiempo suficiente para su tratamiento. Los pacientes que llegan tarde a una cita programada pueden no recibir la hora completa de tratamiento.
2. Venga con ropa apropiada que le permita mover con comodidad el área a tratar para poder hacer actividad física, tales como zapatillas para deportes, pantalones cortos y camisetitas con o sin mangas.
3. Todos los pacientes deben registrarse al llegar.
4. En las áreas de tratamiento de pacientes no se permiten alimentos, chicles y bebidas que no sean agua.
5. Los teléfonos celulares deben estar apagados o en vibración para no molestar a otros pacientes o interrumpir el tratamiento.
6. Los pacientes deben esperar en las áreas de las salas de espera hasta que un clínico los llame.
7. Solo el paciente puede ingresar al área de tratamiento. No se permiten otros adultos o niños en esa área, salvo que así se acuerde previamente. Nunca se permite a los niños usar ningún equipo clínico, salvo durante su tratamiento.
8. Todos los padres que deban dejar a sus hijos menores de 18 años durante su sesión de terapia deben completar una autorización para el tratamiento. Se debe retirar a los niños sin demora en el momento de finalizar la terapia.
9. Si su hijo/a no puede asistir a su cita debido a una enfermedad u otro motivo, llame al menos 24 horas antes para reprogramarla. **En caso de cancelación/ausencia**, es posible que le cobren **un honorario de \$30.00** por ese concepto.
10. La asistencia a sus sesiones programadas de terapia es un aspecto de su tratamiento que usted puede controlar. Si cancela con menos de 24 horas de antelación, o si pierde su cita, se aplicarán las políticas siguientes:
 - **Primera infracción:** le solicitaremos verbalmente cumplir nuestra política de cancelaciones.
 - **Segunda infracción:** si usted falta a su cita sin causa justificada, su médico, administrador de caso y/o compañía de seguros recibirán una notificación al respecto.
 - **Tercera infracción:** inhabilitación para programar citas con notificación escrita del incumplimiento al médico, administrador de casos y/o compañía de seguros.

Su firma certifica que leyó la Política de cancelaciones y acepta sus condiciones

PACIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA

Ability Health Services & Rehabilitation, LP
Formulario de cuestionario de pagador secundario de Medicare

Nombre del paciente: _____ Persona que completa este formulario: _____

****Nota: Si usted en este momento recibe atención de salud domiciliaria (ya sea en terapia o enfermería domiciliaria), Medicare NO cubrirá su terapia ambulatoria aquí, en Ability Rehab. Usted deberá comunicarse con Medicare al 800-999-1118 para coordinar sus beneficios. DETÉNGASE ahora y hable con nuestra oficina acerca de sus beneficios con Medicare. Estamos aquí para ayudarle.**

1. ¿Recibe atención de salud domiciliaria en este momento? (De enfermería o terapia) NO _____ Sí _____
(Si respondió "Sí", consulte al respecto a nuestra oficina de inmediato)

2. ¿Recibió alguna terapia domiciliaria en los últimos 3 meses? NO _____ Sí _____
(Si responde "Sí", indique lo siguiente a continuación)

Nombre del organismo de salud domiciliaria: _____ Fecha de la última visita: _____

3. ¿Recibió ALGUNA terapia dentro o fuera del estado de Florida? NO _____ Sí _____
(Si responde "Sí", indique lo siguiente a continuación)

Nombre del proveedor de la terapia: _____ Fecha de la última visita: _____

4. Un programa gubernamental tal como una beca de investigación pagará por mi terapia aquí. NO _____ Sí _____
(Si responde "Sí", indique lo siguiente a continuación) ****¡DETÉNGASE! Medicare NO es primario****

Nombre del organismo gubernamental: _____ Póliza/Nro. de reclamo: _____

5. ¿El Departamento de Asuntos de Veteranos aprobó y aceptó pagar su terapia? NO _____ Sí _____
(Si responde "Sí", indique lo siguiente a continuación) ****¡DETÉNGASE! Medicare NO es primario****

Nro. de autorización: _____ **DETÉNGASE aquí y hable con el Coordinador de la Oficina.**

6. ¿Está aquí para recibir terapia debido a un accidente relacionado con el trabajo? NO _____ Sí _____
(Si responde "Sí", indique lo siguiente a continuación)

Nombre de la compañía de seguros médicos: _____ Reclamo nro.: _____

7. ¿Está aquí debido a una caída u otra forma de accidente? NO _____ Sí _____
(Si responde "Sí", indique lo siguiente a continuación)

Fecha de la lesión: _____ Describa el hecho: (cómo y cuándo) _____

8. Usted tiene Medicare debido a (marque la opción correspondiente)
____ Edad ____ Discapacidad ____ ERT (enfermedad renal terminal) Fecha de retiro/jubilación: _____ Fecha de la discapacidad: _____

9. ¿Tiene empleo en este momento? NO _____ Sí _____
(Si responde "Sí", indique lo siguiente a continuación)

Nombre del empleador: _____

10. ¿Su cónyuge tiene empleo? NO _____ Sí _____

11. ¿Su cónyuge tiene seguro de salud grupal? NO _____ Sí _____
(Si responde "Sí", ¡DETÉNGASE!)

****Medicare no es primario y necesitaremos la cobertura del plan de salud grupal del empleador. Entréguesela a la oficina****

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha