

HOJA DE DATOS DEL PACIENTE

Nombre:Inicial 2^{do} nombre:**Apellido:****Fecha de nacimiento:****Edad:****Sexo:**Masculino Femenino **Dirección física:****Dirección postal:**

Números de teléfono:**OK llamar****Mejor hora para llamar**

Casa: _____

Trabajo: _____

Celular: _____

¿Podemos enviarle mensajes de texto para recordarle sus citas a los números indicados anteriormente?

Sí No

¿Podemos enviarle mensajes de texto para materiales de mercadeo, incluidas solicitudes de revisión de pacientes, a los números indicados anteriormente? Sí No

Al marcar "Sí" arriba, usted comprende que los mensajes de texto pueden NO ser seguros, con el riesgo de acceso no autorizado a su información.

¿Podemos enviarle correos electrónicos relacionados con la atención que le brindamos? Sí No

Al proporcionar su dirección de correo electrónico a continuación, comprende que las comunicaciones por correo electrónico pueden NO ser seguras, con el riesgo de acceso no autorizado a su información.

Correo electrónico: _____

Idioma preferido: _____ ¿Se requiere intérprete? Sí

Fecha de la lesión: _____ Médico remitente: _____

Área de la lesión: _____ Accidente de automóvil o del trabajo: Auto Trabajo N/A

Estado donde ocurrió el accidente: _____

¿Recibe actualmente o ha recibido servicios de salud en el hogar (incluyendo cualquier terapia, enfermería, bañarse y vestirse, etc.) en los últimos 60 días? Sí No

¿Está recibiendo actualmente o ha recibido otros servicios de terapia en los últimos 60 días? Sí No

Estado Civil:

Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Desconocido

Estado de estudiante:

Tiempo completo Tiempo parcial Ninguno

SITUACIÓN LABORAL**Situación de empleo:**

Militar activo
 Tiempo completo
 Ninguno
 Medio tiempo
 Jubilado
 Independiente

Empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento del titular:** _____

Póliza o certificado # _____ **Grupo** _____

#: Empleador del titular de la póliza: _____

Seguro secundario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento del titular:** _____

Póliza o certificado #: _____ **Grupo #:** _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Anuncio de mercadeo: impreso |
| <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Referencia cruzada | <input type="checkbox"/> Anuncio de mercadeo: televisión |
| <input type="checkbox"/> Administrador de caso | <input type="checkbox"/> Amigo, comentario personal | <input type="checkbox"/> Anuncio de mercadeo: cartelera |
| <input type="checkbox"/> Paciente anterior | <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Anuncio de mercadeo - Correo directo - Correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Ajustador | <input type="checkbox"/> Yo mismo | <input type="checkbox"/> Anuncio de mercadeo - Facebook |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Pantallas – Eventos abiertos | <input type="checkbox"/> Anuncio de mercadeo: otro _____ |

Especifique si otro: _____

Nota: proporcione la información más actualizada a continuación.**CONTACTOS DE EMERGENCIA Y OTROS**

Nombre	Teléfono	Trabajo	Celular	Fax	Tipo

DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Autorizo a las siguientes personas a tener acceso a mis expedientes médicos y de facturación:

Nombre_____
Relación_____
Nombre_____
Relación_____
Firma del paciente_____
Fecha

FORMULARIO DE ADMISIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Solo para uso interno: A/C# Nombre Tipo de A/C Oficina #

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para la rehabilitación y servicios relacionados en:

Al hacerlo, entiendo, reconozco y afirmo que dicha rehabilitación y servicios relacionados pueden involucrar contacto corporal, contacto físico y/o contacto directo de naturaleza sensible. **Iniciales:** _____

TRATAMIENTO DE LOS MENORES

Yo, como padre/madre/tutor de un menor que recibe tratamiento en virtud del presente, acepto y entiendo que se me ha aconsejado que permanezca en las instalaciones durante dicho tratamiento, y renuncio a cualquier reclamo que pueda tener como resultado de no hacerlo. **Iniciales:** _____

RESPONSABILIDAD

Sé y estoy de acuerdo que:
no se hace responsable por la pérdida o daño de objetos de valor personales. **Iniciales:** _____

RENUNCIA Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por la presente libero, descargo y absuelvo a:
sus agentes, representantes, afiliados, empleados o cesionarios, de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, demanda, daño, causa de acción o pérdida de cualquier tipo que surja o resulte de mi negativa a aceptar, recibir o permitir servicios de emergencia y/o servicios médicos que incluyen, entre otros, servicio de ambulancia, técnico médico de emergencia, médico o servicios de atención de urgencia. **Iniciales:** _____

AUTORIZACIÓN DE PAGOS.

Por la presente cedo todos los beneficios directamente a:
También autorizo la divulgación de cualquier expediente médico a otros proveedores de atención médica según sea necesario para facilitar mi tratamiento y a otros terceros según sea necesario para procesar reclamos médicos y otros permitidos o requeridos en el Aviso de prácticas de privacidad. **Iniciales:** _____

POLÍTICA FINANCIERA

Entiendo plenamente que, en caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que reciba, yo seré financieramente responsable del pago.

Para ayudarlo a establecer su cuenta:

- Proporcione toda la información necesaria para la facturación precisa de su reclamo, incluida su tarjeta de seguro, licencia de conducir, información del empleador e información demográfica.
- Cumplir con todos los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos del seguro el día en que se presten los servicios.
- Proporcione a su compañía de seguros y a nosotros cualquier información adicional solicitada para completar el procesamiento de las reclamaciones presentadas en su nombre. **Iniciales:** _____

AVISO DE PRIVACIDAD/DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Acuse de Recibo de las Prácticas de privacidad. **Iniciales:** _____

Acuso recibo de la Declaración de derechos del paciente. **Iniciales:** _____

Por la presente certifico/certificamos que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta.

Firma del paciente/tutor _____ **Firma del testigo** _____ **Fecha** _____

NOMBRE DE LA CLÍNICA
FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE HOY: _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____ FECHA DE LA LESIÓN O DE INICIO: _____
NOMBRE DEL MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO: _____ ¿ESTÁ USTED TRABAJANDO ACTUALMENTE? S N
CAUSA DE LA LESIÓN O DE INICIO: _____ FECHA DE LA PRÓXIMA CITA MÉDICA: _____

¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE ASISTE A LA TERAPIA? _____

DEBIDO A SU PROBLEMA, ¿CON QUÉ ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ESTÁ TENIENDO DIFICULTAD?

1. _____
2. _____
3. _____

¿CUÁLES SON SUS OBJETIVOS PERSONALES/LOS RESULTADOS QUE ESPERA LOGRAR CON LA TERAPIA?

1. _____
2. _____
3. _____

DESCRIBA SU SALUD EN GENERAL: (marcar con un círculo) EXCELENTE BUENA ACEPTABLE DEFICIENTE
¿CONSUME TABACO? (marcar con un círculo) SÍ NO DE SER ASÍ, ¿EN QUÉ MEDIDA? _____

¿FUE HOSPITALIZADO O TUVO UNA CIRUGÍA RECIENTEMENTE? SÍ NO DE SER ASÍ, ¿CUÁNDO? _____
¿Y POR QUÉ? _____

¿RECIBIÓ ANTERIORMENTE TERAPIA FÍSICA/OCUPACIONAL POR ESTA CONDICIÓN? (marcar con un círculo)
SÍ NO ¿QUÉ LE HICIERON? / ¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS? _____

¿RECIBIÓ TERAPIA FÍSICA ANTERIORMENTE DURANTE ESTE AÑO CALENDARIO? (marcar con un círculo) SÍ NO
LA RECIBIÓ EN: (marcar con un círculo) HOSPITAL CENTRO PARA PACIENTES AMBULATORIOS SALUD EN EL HOGAR

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: _____

ALERGIAS: Medicamento _____ Reacción _____ Otro _____ Reacción _____

¿ES USTED ALÉRGICO AL LÁTEX? (marcar con un círculo) SÍ NO De ser así, ¿cuál es la reacción? _____

¿ES USTED ALÉRGICO A LA DEXAMETASONA? SÍ NO De ser así, ¿cuál es la reacción? _____

¿TIENE AHORA O TUVO ALGUNA VEZ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (marcar todas las que correspondan)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> no controlada | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATORIOS |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> no controlada |
| <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> MAREOS/DESMAYOS | <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> no controlada |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> FRACTURAS | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Monitor Holter - ¿Utiliza actualmente? | <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES <input type="checkbox"/> controladas <input type="checkbox"/> no controladas |
| <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | <input type="checkbox"/> HEPATITIS/VIH | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RENALES | |
| <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> no controlada | Si marcó alguna de las anteriores, explique: _____ | |
| <input type="checkbox"/> BAJA PRESIÓN ARTERIAL | | |
| <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE EMBARAZADA | | |

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ REVISADO POR Terapeuta: _____ Fecha _____

Este formulario constituye información de propiedad y no puede ser utilizado, reproducido o duplicado, en todo o en parte, sin el consentimiento por escrito de Nombre de la clínica. Este formulario debe ser completado en su totalidad y debe ser proporcionado a Nombre de la clínica antes de que se inicien los servicios terapéuticos.



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