



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

Physical Therapy in a Fun Tropical Setting

BOLETIN DE INSCRIPCION (imprima por favor)

Fecha de hoy:

PCP:

INFORMACION DE PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Medio:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta	Estado Civil (marque uno) Casado/a Soltero/a Div Sep Viudo/a				
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no es asi, cual es su nombre legal?	(nombre anterior):	Fecha de nacimiento: / /		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Domicilio:		Numero de Seguro Social			Numero de Telefono				
P.O. box:	Ciudad:	Estado:			Codigo Postal:				
Esta empleado:	Empleador:			Numero de empleador:					
Como escogio esta clinica (marquee una):		<input type="checkbox"/> Dr.	Telefono:		<input type="checkbox"/> Plan de Aseguransa	<input type="checkbox"/> Hospital			
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Cerca de casa o trabajo	<input type="checkbox"/> Yellow Pages	<input type="checkbox"/> Otro					
El paciente tiene aseguransa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									

Direccion de correo electronico:

Proxima visita con su doctor :

RESPONSIBLE PARTY/INFORMACION DE ABOGADO

Apeillo:	Nombre:	Medio:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra	<input type="checkbox"/> Srta	Estado Civil (marque uno) Casado/a Soltero/a Div Sep Viudo/a				
Circulo uno: Esposo/a Madre Padre Abogado									
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no es asi, cual es su nombre legal?	(nombre anterior):	Fecha de nacimiento: / /		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Domicilio:		Numero de Seguro Social			Numero de Telefono				
P.O. box:	Ciudad:	Estado:			Codigo Postal:				
Esta empleado:	Empleador:			Numero de empleador:					

INFORMACIÓN DEL SEGURO (FAVOR DE PROPORCIONAR TARJETA DE ASEGURANZA Y DE IDENTIFICACION CON FOTO A LA RECEPCIONISTA)

Nombre primario del asegurado				Numero de Telefono					
ID#	Grupo#	Direccion segura:							
Nombre asegurado:		Numero de Seguro Social				Fecha de nacimiento			
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Otro									
Nombre secundario asegurado				Numero de Telefono					
ID#	# de Grupo	Direccion segura:							
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Otro									
Lesión Automovilístico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Es demanda de lesión de trabajo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No									
Nombre de asegurado del automóvil / Industrias del trabajo del nombre del asegurado:									
Direccion:				numero de telefono			Fax		
Ajustador/encargado de la demanda:				Fecha que se lastimo:			# de caso		

Información del abogado

Nombre de la firma:

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del amigo o del pariente local (que no vive en la misma dirección):	Relación al paciente	Teléfono casero:	Teléfono del trabajo
--	----------------------	------------------	----------------------

La información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguro me pague directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo Main Street Physical Therapy o a la compañía de seguros a lanzar cualquier información requerida para procesar mis demandas.

Firma del paciente/del guarda

Fecha



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

CUESTIONARIO DE SALUD

Favor de contestar las siguientes preguntas basadas en su condicion actual:

1. Fecha que inicio su problema fisico/lastimadura/accidente?

ESPACIO PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

2. A sido hospitalizado o ha tenido cirugia por esta condicion? Si/No

Favor de agregar fechas: hospitalizado de _____ a _____. Fecha de cirugia _____

3. A recibido cualquier tipo de tratamiento para su condicion actual, incluyendo terapia fisica? Si/No

Favor de agregar fechas:

4. Que posiciones o actividades **EMPEORAN** su condicion actual?

5. Que posiciones o actividades **MEJORAN** su condicion actual?

6. Sus sintomas empeoran durante el dia, o la noche?

7. Favor de anotar otras condiciones medicas: (EJEMPLO: embolios, presion alta, diabetes, colesterol,etc.)

8. Favor de anotar nombres de medicamentos que actualmente esta tomando: (incluyendo medicamento que requiera receta medica, hierbas, vitaminas, suplementos alimenticios, etc.)favor de usar el reverso de esta pagina si ocupa mas espacio.



CUESTIONARIO DE SALUD (CONTINUACION)

9. Le han hecho pruebas especiales: como rayos x, MRI (el tubo), CT-scan, etc.?
 Favor de enlistar tipo de prueba y fecha:

10. Esta empleado (a) actualmente? Si/No
 Ocupacion _____ Descripcion de labores _____

Su condicion actual esta relacionada con su empleo? Si/No

11. Como se encuentra su salud en general?

12. Se a caido durante el ano pasado? Si/No Cuantas veces? _____
 Se lastimo? Si/No
 Explique la caida? _____

13. Favor de marcar las superficies graficas del cuerpo donde usted actualmente esta teniendo sintomas o quejas:
 Circule las palabras que describen sus sintomas: dolor agudo, tenso, debil, entumecimiento, inmovil etc.

Sus sintomas empeoran con:

TOSER SI NO

ESTORNUDAR SI NO

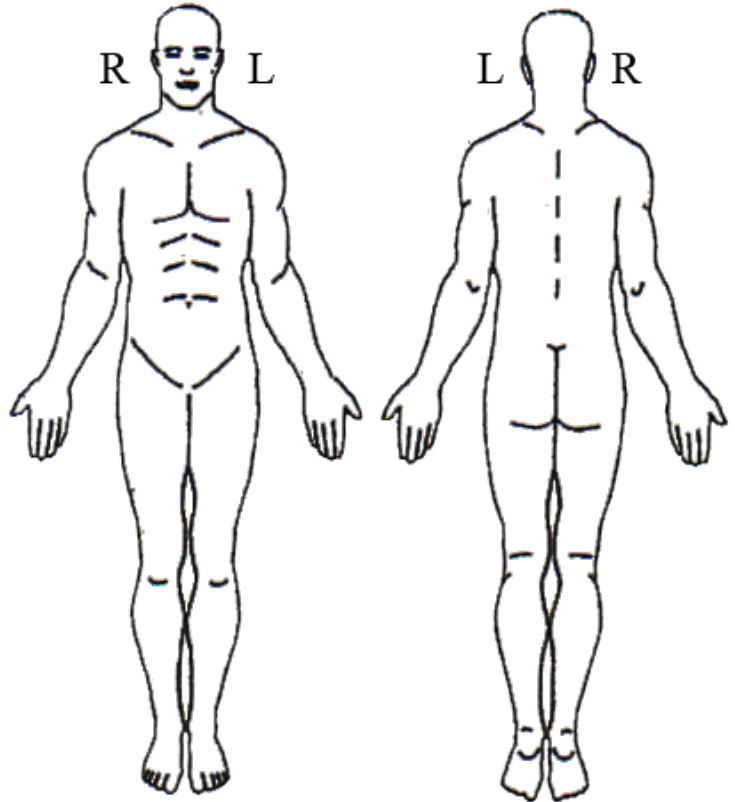
PUJAR SI NO

TIENE AREAS QUE SIENTE ENTUMIDO?
 SI NO

EN DONDE? _____

HORMIGUEO/PIQUETES ? Si No

EN DONDE? _____



VERIFICO ESTA INFORMACION ANTES DICHA QUE ESTA
 COMPLETA Y EXACTA A MI MEJOR CONOCIMIENTO

 Firma (paciente o representante)

 Fecha



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY
Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO MEDICO A MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

Concedo permiso a Main Street Physical Therapy P.C. para realizar las examinaciones y los procedimientos médicos y terapéuticos profesionalmente juzgados necesarios o recomendables para mi diagnosis y tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER INFORMACIÓN MEDICA

Concedo el permiso a Main Street Physical Therapy P.C. para:

1. Proporsionar información médica del paciente que se referiara a médicos, proveedores de asistencia sanitaria, las compañías de seguros, y a otros patrocinadores de los terceros para facilitar cuidado médico, el proceso de demandas, y los pagos de la intervención para todo tratamiento.
2. Información básica del paciente con respecto a fechas horas a citas de miembros de familia (padres, esposos, niños adultos, guardas), y cuidadores.

ACUERDO FINANCIERO

Todos los pacientes, a excepción de Mercy Care, Evercare, APIPA, AHCCCS, y Industrial seran responsable de pago. Si es una aseguranza privada, yo sere responsable de la cantidad completa a partir de fecha de la entrega. Si mi seguro no paga la cuenta a tiempo, o si no puedo pagar dentro de treinta (30) días, yo sere responsable por el pago. Le notificaré de cualquier cambio en estado del seguro. Entiendo que la información es solo un presupuesto hasta que se presente y se repase para la justificación médica y beneficie la determinación. Esta oficina acepta la aseguranza de Medicare y de Tricare. Acuerdo pagar todos los pagos o las cantidades sin reembolso. Tambien los copagos del seguro médico del programa parte B de Medicare y/o del seguro secundario. Para que a su seguro se le mande la cuenta, se requiere una recata válida y información apropiada del seguro cuando se hagan los servicios. Una nueva receta se requiere cada 30 días para los pacientes de Medicare.

He leído, entiendo, y acepto los términos mencionados anteriormente:

Firma: _____ Fecha: _____

Si es firmado por la persona con excepción de paciente, proporcione por favor la relación al paciente.



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY
Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

MAIN STREET PHYSICAL THERAPY POLISA DE FALTAS/CANCELACION

Nos esforzamos en proveer a todos nuestros pacientes el mejor cuidado posible y utilizar nuestro/su tiempo eficientemente. Por lo tanto, no sobre-programamos citas. Al programar sus citas, recuerde por favor lo siguiente:

- ❖ Le pedimos de su consideración para su terapeuta (y para otros pacientes que puedan necesitar las citas) favor de notificar 24 horas por adelantado si usted debe cancelar su cita. La cancelación sin el suficiente aviso o el no asistir a su cita dará lugar a un honorario de \$25 a su cuenta, la cual su seguro no pagará. Todas las citas perdidas serán documentadas en su archivo médico.
- ❖ Si usted cancela 3 visitas, usted podría ser dado de alta. Esto sera determinado en base a cada caso.
- ❖ Si usted esta ausente a 3 visitas, usted sera dado de alta por incumplimiento y su médico será notificado.
- ❖ Sin embargo, permitimos hasta 2 visitas, sin dar de alta, pues entendemos que las situaciones ocurren mas alla de su control.
- ❖ Recuerde por favor que podemos ser flexibles con el cambio de hora, pero debemos tener noticias de usted. Nuestro número de la oficina es (928) 343-7828 o usted puede dejar mensajes de voz después de horas laborales en (928) 343-7828. Si se deja un mensaje de voz, nuestra oficina le llamará en el día laboral próximo para confirmar que su mensaje fue recibido.

Apreciamos su consideracion y conformidad con esta polisa, para nosotros poder dar el mejor cuidado posible ya que es nuestra prioridad. He recibido y entiendo la polisa de ausencia/ cancelación para Main Street Physical Therapy.

Nombre letra de molde

Firma

Fecha



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

**Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting**

Aviso De Acta De Privacidad

Yo, _____recibi

Una copia de la acta de privacidad.

Firma

Fecha



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

**Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting**

ACTA DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y PUEDE SER UTILIZADA Y PUEDE SER DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REPÁSELO POR FAVOR CUIDADOSAMENTE.

- 1) APLICACIONES Y ACCESOS** Nosotros Main Street Physical Therapy, utilizaremos su información protegida/privada de salud (PHI) para los propósitos de las operaciones de tratamiento, del pago y del cuidado médico.

EL TRATAMIENTO incluye la divulgación de su información de salud a otros proveedores que lo han referido para los servicios o que estén implicados en su cuidado. Esto puede incluir doctores, enfermeras, técnicos y a otros terapeutas físicos. Por ejemplo, podemos sentir que un paciente del movimiento que estamos tratando se beneficiaría de una evaluación de un patólogo para tratar una dificultad del habla. La información de la salud que compartimos con el patólogo sería considerada un acceso relacionado al tratamiento.

EL PAGO incluye la divulgación de información de salud a su compañía de seguros, incluyendo Medicare y Medicaid, para que el pago se puede obtener por los servicios hechos. Su compañía de seguros puede hacer una petición de repasar su informe médico para determinar que su cuidado era necesario.

APLICACIONES ESPECIALES

Main Street Physical Therapy puede utilizar su PHI para enviarle un recordatorio de su cita.

APLICACIONES Y ACCESOS REQUERIDOS POR LEY

Las regulaciones federales de privacidad de información privada de la salud permiten que requieren utilizar o divulgar su PHI en las maneras siguientes: podemos compartir algo de su PHI con un miembro de familia o amigo implicado en su cuidado si usted no se opone, podemos utilizar su PHI en una situación de emergencia cuando usted no pueda expresarse, y podemos utilizar o divulgar su PHI para los propósitos de la investigación si nos ofrecen garantías muy específicas que su privacidad será protegida. Nosotros podemos también divulgar su PHI cuando la ley. Lo requiere, por ejemplo por orden judicial. Los accesos a las agencias del descuido de salud son requeridos a veces por parte de las agencias para divulgar ciertas enfermedades o reacciones de droga adversas. Podemos utilizar y divulgar la información de su salud sobre usted para evitar una amenaza grave a su salud, seguridad, y la seguridad del público en general. Si usted está en las fuerzas armadas, podemos enviar información de su salud cuando sea necesaria por las autoridades militares apropiadas. Podemos también enviar información del programa de compensación de trabajo u otros programas similares que proporcionan las ventajas para lesión o la enfermedad relacionada con el trabajo. Se requiere su autorización antes de que su PHI se pueda utilizar o divulgar por nosotros para otros propósitos.



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

**Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting**

Acta De Privacidad (continuacion)

(2) Su Derecho de Privacidad

Restricciones

Usted tiene el derecho de pedir restricciones en cómo se utiliza su PHI, sin embargo, no nos requieren a aceptar su petición. Si aceptamos, debemos seguir su petición.

Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho de pedir la comunicación confidencial de nosotros en una localización de su elegir. Esta petición debe estar escrita.

Acceso a PHI

Usted tiene el derecho de pedir una copia de su informe médico. Usted debe hacer esta petición por escrito y podemos cargar un honorario para cubrir los costos de copiado y envío.

Enmiendas

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda para su PHI, si esta en desacuerdo con lo que dice. Esta petición se debe hacer por escrito. Si hay un desacuerdo no es requerido realizar el cambio. Usted tiene el derecho de presentar una declaración escrita sobre porqué usted esta en desacuerdo. Este escrito sera parte de su expediente. No podemos enmendar partes de su expediente no creados por nosotros.

Accesos a Contabilidad

Después del 14 de abril de 2003, usted tiene el derecho de pedir una contabilidad de los accesos hechos en los seis años anteriores. Estos accesos no incluirán las operaciones de tratamiento, o del cuidado médico o por cuál hemos obtenido autorización.

Quejas

Si usted siente que le han violado sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de hacernos una queja por escrito sin miedo o venganza. Su queja debe incluir bastante información específica de modo que se pueda investigar y responder adecuadamente a su queja. Si no le satisface con nuestra respuesta, usted puede quejarse directamente a la secretaria de los servicios de salud y humanos.



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY
Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

Acta De Privacidad (continuacion)

Nuestro Deber Es Proteger Su Privacidad

Nos requieren que cumplamos con las normas federales en mantener toda su informacion confidencial. Estas normas nos requieren proveerle este documento, nuestra acta de privacidad. Nos reservamos el derecho de poner al día este aviso si es requerido por ley. Si ponemos al día este aviso, en cualquier momento. En el futuro, usted recibirá un aviso que este al corriente cuando obtenga tratamiento con nosotros.

Contacto Derivado

Si usted quisiera más información sobre nuestras, acta de privacidad o quiere poner una queja favor de ponerse en contacto con:

Mark Plante or Rebecca Sizemore
381 S. Main Street
Yuma, AZ 85364
(928) 343-7828

FECHA EFICAZ

Este aviso tomará efecto el 14 de abril de 2003.

Actualizado 2/28/12

Source: American Physical Therapy Association