

APELLIDO		NOMBRE, INICIAL		FECHA DE NACIMIENTO		SEGURO SOCIAL		SEXO F / M		ESTADO CIVIL __ SOLTERA /O __ CASADA/O		
DIRRECCION			CIUDAD			STADO		CODIGO POSTAL		CORREO ELECTRONICO		
OCUPACION			TELÉFONO CELULAR			TELÉFONO DEL TRABAJO		EMPLEADOR		DIRECCIÓN DEL EMPLEADO		
CIUDAD		STADO			CODIGO POSTAL							

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE CONTACTO		RELACIÓN CON EL PACIENTE		TELÉFONO MÓVIL		TELÉFONO DEL TRABAJO	
--------------------	--	--------------------------	--	----------------	--	----------------------	--

HISTORIAL MÉDICO

__ DIABETIS		__ PROBLEMAS DEL CORAZÓN		__ CONVULSIONES		__ HORMIGUEO /ENTUMECIMIENTO		__ ALTA PRESION SANGUINEA			
__ DIFICULTA AL RESPIRAR			__ EMBARAZADA		__ MARCAPASO		SÍNTOMAS SIMILARES:		__ HEPATITIS C		__ STD
ENFERMEDADES CONTAGIOSAS:				ALERGIAS Y/N			DERRAME CELEBRAR Y / N, POR FAVOR LISTE LA FECHA:				
Y/N CIRUGÍAS 10 AÑOS:			Y/N HOSPITALIZACIONES:		Y/N IMPLANTES METÁLICOS:			Y/N HUESOS ROTOS:			
Y/N OTRO :			LISTE TODAS LAS MEDICAMENTOS ACTUALES:								

INFORMACION DE LECCIONES/ HERRIDA

RELACIONADO CON EL TRABAJO Y/N		FECHA DE HERIDA/LESION:		ES ESTE UN ACCIDENTE DE AUTO: Y/N		FECHA DE HERIDA/LESION:	
--------------------------------	--	-------------------------	--	-----------------------------------	--	-------------------------	--

PROBLEMA ACTUAL

COMO COMENZO?		CUANDO COMENZO?			A DONDE ENPEZO? (TRABAJO,CASA,ETC)						
CON QUE FRECUENCIAOCURRE?		CIRCULE EL NIVEL DE DOLOR: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									

¿Ha recibido tratamiento para este problema antes? (circule) Si o No

De ser si, ¿Qué tipo de tratamiento? _____

¿Le ayudo el tratamiento? (circule) Si / No

Política Financiera del Paciente para Fisioterapia Preferida

Nombre del paciente: _____

Compañía de seguros comercial, Medicare, Medicaid, seguro de accidentes de trabajo y seguro de automóvil: le facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros si se nos proporciona la documentación adecuada. Si una compañía de seguros no ha pagado dentro de los 60 días posteriores a la facturación, usted debe pagar las tarifas en su totalidad.

Cualquier saldo pendiente, deducibles y copia se vencen al momento de los servicios.

Métodos de pago: nuestra oficina acepta los siguientes métodos de pago: efectivo, cheque personal y opciones de financiación de pacientes para aquellos pacientes que sean solventes.

Para los cheques devueltos, evaluamos un cargo de \$ 25.00 NSF.

Si no se paga de acuerdo con los términos, el paciente entiende que nuestra oficina se reporta a una agencia de cobranza externa.

Deducible: _____ Copago: _____ Co-seguro: _____

He leído, entiendo y acepto la política financiera anterior para el pago de honorarios profesionales.

Firma: _____

Fecha: _____

Política de Citas

Para maximizar nuestro esfuerzo para proporcionar el mejor tratamiento posible para cada uno de nuestros pacientes, permita avisos de 24 horas para la cancelación de su cita. Puede dejar un mensaje al 313.724.6336.

Entiendo la política anterior y mi firma afirma aquí que reconozco esta política.

Firma: _____

Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA.

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE
1996 (HIPAA)

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma se mantengan debidamente confidenciales. Esto le otorga al paciente derechos para comprender y controlar cómo se usa su información de salud.

Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo a Preferred Physical Therapy Services a usar mi información de salud protegida para llevar a cabo lo siguiente:

- Tratamiento
- Obtención de pagos de terceros pagadores (compañías de seguros)
- Operaciones diarias de atención médica de su práctica.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago u otras operaciones de atención médica, pero no está obligado a aceptar estas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurriera antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se verá afectado.

Yo, el abajo firmante reconozco con mi firma que he recibido una copia impresa del aviso de prácticas de información y por la presente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud para los fines señalados.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre / madre

Fecha