ALLIED | PHYSICAL THERAPY PLLC

Registro del Paciente

Admisión de pacientes con seguro comercial y Medicare

Complete toda la información que corresponda para que podamos procesar su reclamo de seguro.

FECHA DE HOY

APELLIDO

NOMBRE / INICIAL

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

FUENTE DE REFERENCIA

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

SEGURO PRINCIPAL

COMPAÑÍA DE SEGUROS

NOMBRE DEL ASEGURADO

N.º DE PÓLIZA / ID DE MIEMBRO

NÚMERO DE GRUPO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

TELÉFONO DEL SEGURO

SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE)

COMPAÑÍA DE SEGUROS / NOMBRE DEL ASEGURADO

N.º DE PÓLIZA / ID DE MIEMBRO

NÚMERO DE GRUPO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

Cuestionario de Salud del Paciente

Síntomas, función y objetivos del tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

1. MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA Y CUÁNDO COMENZARON LOS SÍNTOMAS

DETALLES DE LOS SÍNTOMAS

2. FRECUENCIA Constante Frecuente Ocasional Intermitente

3. TIPO Agudo Punzante Dolor sordo Ardor Entumecimiento Hormigueo **OTRO**

4. LOS SÍNTOMAS ESTÁN Mejorando Sin cambios Empeorando

5. NIVEL DE DOLOR Peor (0-10) Mejor (0-10) Actual (0-10)

6. IMPACTO EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS Ninguna Leve Moderada Severa

7. ACTIVIDADES QUE EMPEORAN LOS SÍNTOMAS

8. ACTIVIDADES QUE MEJORAN LOS SÍNTOMAS

9. PROVEEDORES, TRATAMIENTOS O PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PREVIOS (INCLUYA FECHAS)

10. ¿SÍNTOMAS SIMILARES ANTES? Sí No

11. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Reducir síntomas Retomar actividades Entender mi afección

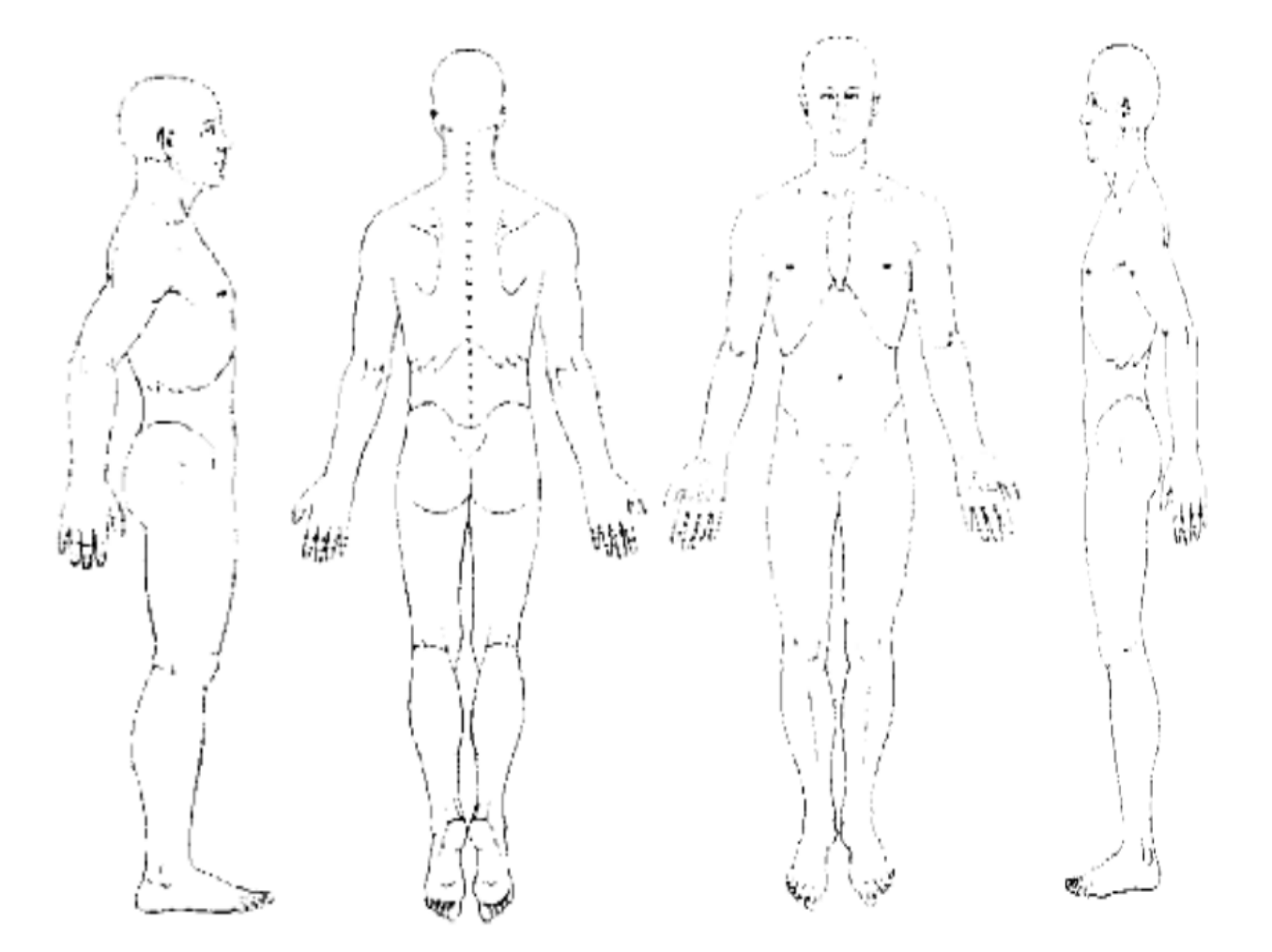
Autocuidado Prevenir recurrencias

Diagrama Corporal del Dolor

Marque X para dolor, N para entumecimiento y T para hormigueo

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA



NOTAS ADICIONALES / UBICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Historial Médico del Paciente

Marque Pasado y/o Actual para cada afección

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

EJERCICIO Ninguna Ligero Moderada Intenso

ESTATURA

PESO

AFECCIONES MÉDICAS | P = PASADO / A = ACTUAL

P	A	Dolores de cabeza	P	A	Fatiga general	P	A	Pérdida de apetito
P	A	Dolor de cuello	P	A	Falta de coordinación muscular	P	A	Dolor abdominal
P	A	Dolor de espalda alta	P	A	Alteraciones visuales	P	A	Úlcera
P	A	Dolor de espalda media	P	A	Mareos	P	A	Hepatitis
P	A	Dolor lumbar	P	A	Presión arterial alta	P	A	Trastorno de hígado / vesícula
P	A	Dolor de hombro	P	A	Infarto	P	A	Cáncer
P	A	Dolor de codo / brazo	P	A	Dolor de pecho	P	A	Tumor
P	A	Dolor de muñeca	P	A	Derrame cerebral	P	A	Asma
P	A	Dolor de mano	P	A	Angina de pecho	P	A	Sinusitis crónica
P	A	Dolor de cadera / muslo	P	A	Cálculos renales	P	A	Diabetes
P	A	Dolor de rodilla / pantorrilla	P	A	Trastornos renales	P	A	Sed excesiva
P	A	Dolor de tobillo / pie	P	A	Infección de vejiga	P	A	Micción frecuente
P	A	Dolor de mandíbula	P	A	Dolor al orinar	P	A	Consumo de tabaco
P	A	Hinchazón / rigidez articular	P	A	Pérdida de control de la vejiga	P	A	Dependencia de drogas / alcohol
P	A	Artritis	P	A	Problemas de próstata	P	A	Alergias
P	A	Artritis reumatoide	P	A	Cambios de peso	P	A	Depresión

INFORMACIÓN DE SALUD ADICIONAL

OTRAS AFECCIONES, EMBARAZO, TERAPIA HORMONAL, MEDICAMENTOS O ALERGIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES (ENFERMEDAD CARDÍACA, DIABETES, CÁNCER, LUPUS, ARTRITIS REUMATOIDE, OTROS)

Historial Médico y Actividades Diarias

Antecedentes adicionales y limitaciones funcionales

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

MEDICAMENTOS (CON RECETA, DE VENTA LIBRE Y SUPLEMENTOS)

CIRUGÍAS / HOSPITALIZACIONES (INCLUYA FECHAS)

ACTIVIDADES DIARIAS - MARQUE LAS QUE LE RESULTEN DIFÍCILES

- Sentarse / levantarse de una silla
- Subir / bajar de un auto
- Acostarse / levantarse de la cama
- Bañarse / ducharse
- Uso del baño
- Caminar distancias largas
- Limpieza del hogar
- Preparar comidas
- Lavandería / tareas del hogar
- Conducir
- Cargar paquetes
- Subir escaleras
- Bajar escaleras
- Vestirse
- Jardinería
- Alcanzar por encima de la cabeza
- Ponerse zapatos / calcetines
- Deportes / recreación
- Cuidado de los pies
- Agarrar con las manos
- Cargar / levantar objetos
- Empujar / jalar objetos
- Relaciones personales
- Equilibrio al caminar
- Teclear / computadora / escribir
- Cuidado del cabello / aseo
- Estar sentado mucho tiempo
- Estar de pie mucho tiempo

OTRAS DIFICULTADES / COMENTARIOS

- Vivo solo/a
- Soy cuidador/a
- Se adjuntan detalles adicionales

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL

FECHA

Cesión de Beneficios

Autorización de pago del seguro y divulgación de información

SEGURO COMERCIAL

Yo, el/la abajo firmante, tengo cobertura de seguro con la compañía identificada a continuación y cedo directamente a Allied Physical Therapy PLLC todos los beneficios médicos, si los hubiera, que de otro modo me corresponderían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagaderos o no pagados por la compañía de seguros. Autorizo a Allied Physical Therapy PLLC a divulgar la información necesaria para obtener el pago de los beneficios y autorizo el uso de esta firma en la presentación de reclamos de seguro, ya sea de forma manual o electrónica.

COMPAÑÍA DE SEGUROS

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL

FECHA

SEGURO MEDICARE

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a Allied Physical Therapy PLLC por los servicios médicos que se me prestaron. Autorizo a cualquier titular de mi información médica a divulgar la información requerida para determinar los beneficios, o los beneficios pagaderos por servicios relacionados, a Medicare y a sus agentes. Mi firma solicita el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar mis reclamos. Si se indica otro seguro médico en un formulario de reclamo, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. En los casos de asignación de Medicare, el proveedor acepta el monto aprobado por Medicare como pago total por los servicios cubiertos, y yo soy responsable de los deducibles aplicables, el coseguro y los servicios no cubiertos.

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL

FECHA

Importante: La responsabilidad del paciente está sujeta a los contratos de seguro aplicables y a la ley.

Si tiene preguntas, consulte a nuestro personal antes de firmar.

Reconocimiento de Privacidad del Paciente

Aviso de Prácticas de Privacidad y preferencias de comunicación

Allied Physical Therapy PLLC utiliza y divulga información médica protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según se describe en su Aviso de Prácticas de Privacidad. Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar. Puedo solicitar una copia del aviso vigente y puedo solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones de mi información. La clínica responderá a dichas solicitudes de acuerdo con la ley aplicable.

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Indique cómo podemos comunicarnos con usted sobre citas, facturación y atención:

☐ Llamada telefónica ☐ Correo de voz ☐ Correo postal ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto

TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO / DIRECCIÓN POSTAL PREFERIDOS

CONTACTO ADICIONAL O INSTRUCCIONES DE PRIVACIDAD

Entiendo que puedo hacer preguntas sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad y solicitar cambios en mis preferencias de comunicación. Cualquier autorización más allá de las permitidas por la ley para tratamiento, pago u operaciones de atención médica se obtendrá por separado cuando sea necesario.

RECONOCIMIENTO

☐ Reconozco haber recibido, o haber tenido la oportunidad de recibir, el Aviso de Prácticas de Privacidad.

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE / RELACIÓN

Consentimiento Informado para Fisioterapia

Lea antes de firmar

Este formulario debe ser firmado por el paciente adulto, por un padre o tutor legal en el caso de un menor, o por un representante legal autorizado, cuando corresponda.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo a los fisioterapeutas y asistentes de fisioterapeuta con licencia empleados por Allied Physical Therapy PLLC a brindarme tratamiento de fisioterapia a mí o al paciente nombrado a continuación. Entiendo que el tratamiento se recomienda con base en la evaluación y los hallazgos clínicos. Un miembro del equipo de fisioterapia me ha explicado, o me explicará antes del tratamiento, la naturaleza y el propósito del tratamiento propuesto, sus posibles riesgos y complicaciones, y las alternativas razonables, cuando corresponda. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y doy mi consentimiento voluntario al tratamiento. Entiendo que no se puede garantizar ningún resultado o beneficio en particular. Puedo hacer preguntas o retirar mi consentimiento para tratamientos futuros en cualquier momento.

PACIENTE / REPRESENTANTE

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL

FECHA

SI ES TUTOR, NOMBRE EN LETRA DE MOLDE / RELACIÓN

DECLARACIÓN DEL CLÍNICO

He explicado la información de tratamiento pertinente y he respondido las preguntas del paciente o del representante.

FIRMA DEL CLÍNICO

FECHA

Al firmar, confirmo que he leído este formulario, lo entiendo y tuve la oportunidad de hacer preguntas.