

Nombre: _____

DOB: _____

PATIENT INTAKE GENERAL MEDICINE

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____

Preferido: _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de oficina: _____

Pronombre (optional): ☐ He ☐ She ☐ They ☐ Ze ☐ Ey

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Casado Nombre de la pareja: _____

Médico general: _____ Remitido por: _____

¿Ha recibido tratamiento de fisioterapia desde enero de este año? ☐ No ☐ Sí # de visitas: _____

¿Ha recibido tratamiento quiropráctico desde enero de este año? ☐ No ☐ Sí # de visitas: _____

¿Ha recibido asistencia médica a domicilio en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, proveedor de asistencia médica a domicilio: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

POLÍTICA FINANCIERA

El pago de los servicios debe efectuarse en el momento de prestación de los servicios

Verificaremos sus beneficios con su compañía de seguros. Sin embargo, esto no garantiza que cubran el tratamiento prescrito. Al firmar a continuación, usted reconoce que es responsable de los deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos no pagados por la compañía de seguros y entiende que usted es totalmente responsable de cualquier saldo adeudado por los servicios prestados.

Responsabilidad financiera: ☐ Propia ☐ Tutor Legal Nombre y DOB _____

Dirección y número de teléfono, si son distintos de los anteriores: _____

2o Contacto - Información y teléfono: _____ Relación: _____

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre: _____

DOB: _____

**PATIENT INTAKE
GENERAL MEDICINE**

INFORMACIÓN DE SEGURO COMERCIAL [if applicable]

Tenga en cuenta que se archivará una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro.

El paciente es responsable de proporcionar la información más actualizada sobre su seguro.

Seguro primario: _____

Seguro secundario: _____

Grupo #: _____ Póliza #: _____

Grupo #: _____ Póliza #: _____

Información del asegurado: _____

Información del asegurado: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con paciente: _____

Relación con paciente: _____

ACCIDENTE LABORAL / ACCIDENTE DE TRAFICO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN [if applicable]

¿Qué tipo de seguro tiene previsto facturar por estos servicios?

☐ Seguro de automóvil

☐ Terceros

☐ Compensación laboral

Además de proporcionar la información del caso a continuación - si facturará su seguro de automóvil, proporcione también la información de su compañía de seguros de salud y proporcione una copia de su tarjeta de seguro.

Compañía de seguros: _____

Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____

Póliza #: _____

Información del caso: accidente laboral, accidente de tráfico, lesiones personales, complete la siguiente información

☐ Accidente de tráfico

☐ Terceros

☐ Compensación laboral

Fecha del accidente: _____

Estado en que ocurrió el accidente: _____

Nombre del asegurado: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la enfermera gestora del caso

Reclamación o caso #: _____

/ tasadora: _____

Número de teléfono de la enfermera gestora de casos: _____

Fax #: _____

¿Tiene intención de presentar una demanda por
responsabilidad civil o tiene un litigio pendiente?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre del abogado: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

DOB: _____

PATIENT INTAKE GENERAL MEDICINE

EL PACIENTE ELIGE PAGAR POR SUS SERVICIOS [if applicable]

Si no desea que Hand Therapy Associates presente reclamaciones a su seguro médico personal, lea y firme a continuación o indique si no tiene seguro médico personal y firme a continuación

Reconozco que entiendo y acepto que:

- ✓ Estoy cubierto por el Plan de Salud.
- ✓ El Plan de Salud en el que estoy cubierto incluye prestaciones para algunos o todos los servicios prestados por Hand Therapy Associates .
- ✓ A pesar de lo anterior, no deseo que Hand Therapy Associates presente una reclamación a mi Plan de Salud por los servicios que me ha prestado.
- ✓ Hasta el momento en que yo pueda comunicar lo contrario a Hand Therapy Associates por escrito, elijo pagar todos los servicios que reciba según sus tarifas de pago por cuenta propia.
- ✓ Al elegir el pago por cuenta propia de servicios, entiendo que Hand Therapy Associates no presentará reclamaciones a mi Plan de Salud y que cualquier pago que yo haga a Hand Therapy Associates NO será acreditado para satisfacer ningún deducible, máximo del plan, etc.
- ✓ He leído la Elección para el pago por cuenta propia de servicios y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

☐ No tengo seguro médico.

Firma del paciente/tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS RECONOCIMIENTOS

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el personal de Hand Therapy Associates y/o el profesional que me ha remitido realicen tratamientos/servicios para mí o en nombre del paciente arriba mencionado. Entiendo que tengo derecho a preguntar y a que se me responda a cualquier pregunta antes de recibir cualquier tratamiento, incluidos los riesgos o las alternativas al plan de tratamiento recomendado.

Asigno el pago de estos servicios directamente a Hand Therapy Associates. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguros y autorizo a Hand Therapy Associates a divulgar la información médica necesaria relacionada con estos servicios para procesar las reclamaciones.

Certifico que la información que he facilitado es exacta y completa.

Al firmar este formulario, me comprometo a abonar puntualmente cualquier copago, coseguro y/o deducible exigidos. Acepto que los planes de seguros pueden denegar pagos por lo que creía que eran servicios cubiertos, lo que conlleva mi responsabilidad de pagar dichos servicios.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que la práctica puede utilizar o divulgar mi información médica. Entiendo que mi información médica puede ser utilizada para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos o divulgaciones permitidos como se describe en el Aviso.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta y relación con el paciente

Nombre: _____

DOB: _____

PATIENT INTAKE GENERAL MEDICINE

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Al proporcionar mi información de contacto anterior y firmar a continuación, consiento y autorizo a Hand Therapy Associates y sus entidades relacionadas, agentes, contratistas, incluyendo, sin limitación, sus departamentos de programación, facturación, marketing y otros departamentos para utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, mensajes de texto SMS y correo electrónico a (1) proporcionar mensajes (incluyendo mensajes pregrabados o mensajes de texto) a mi persona acerca de recordatorios de citas, encuestas de pacientes, mi cuenta, fechas de vencimiento de pago, pagos atrasados, información para o relacionada con los bienes médicos y/o servicios de terapia prestados, información de intercambio, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica o (2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o a través de un mensaje de texto que entregue un mensaje de "atención médica" realizado por, o en nombre de, una "entidad cubierta" o su "asociado comercial", tal como se definen estos términos en la Norma de Privacidad de la HIPAA, 45 CFR 160.103. Entiendo que proporcionar un número de teléfono y/o una dirección de correo electrónico no es una condición para recibir servicios médicos.

También entiendo que puedo revocar mi consentimiento de contacto en cualquier momento poniéndome en contacto directamente con <Company Name> o utilizando el método de exclusión que se identificará en la comunicación correspondiente. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a Hand Therapy Associates inmediatamente cualquier cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico

Firma del paciente/tutor

Date

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a Hand Therapy Associates a comentar la información personal sobre mi atención médica en relación con mi tratamiento, incluidos el diagnóstico/pronóstico y/o la facturación y el pago de los servicios prestados en mi nombre, a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación.

Nombre (en letra de imprenta)

Relación

Número de teléfono

Nombre (en letra de imprenta)

Relación

Número de teléfono

Nombre (en letra de imprenta)

Relación

Número de teléfono

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre: _____

DOB: _____

**PATIENT INTAKE
GENERAL MEDICINE**

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Ocupación: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: ☐ Masc ☐ Fem

Actividades de ocio/pasatiempos: _____

¿Usted es ☐ Diestro ☐ Zurdo
Apartamento/habitación Vivienda asistida/casa de
¿Dónde vive? ☐ Private Home ☐ alquilada ☐ acogida
☐ Hospicio ☐ Otros: _____
¿Con quién vive? ☐ Solo ☐ Solo cónyuge ☐ Cónyuge y otras personas
☐ Hijo ☐ Otros: _____
Escaleras, sin
¿Su vivienda tiene...? ☐ barandilla ☐ Escaleras, con barandilla
☐ Rampas ☐ Terreno irregular

Por favor, explique: _____

¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses? _____ ¿Tuvo como consecuencia una lesión? ☐ Sí ☐ No

Do you have a fear of falling? ☐ Sí ☐ No

Durante el último mes, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado o le ha molestado tener poco interés o placer por hacer cosas? ☐ Sí ☐ No

Estado de salud general ☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Reg. ☐ Malo

Indique a continuación cualquier alergia conocida (incluidos medicamentos, látex, etc.).

CIRUGÍA / HOSPITALIZACIÓN (incluya la fecha y el motivo)

INDIQUE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE (con receta, sin receta y a base de plantas)

También puede proporcionar a nuestro personal de oficina una lista para copiar.

Nombre	Dosificación	Frecuencia	Indique la ruta			
			Oral	Parche	Tópica	Otras: _____
			Oral	Parche	Tópica	Otras: _____
			Oral	Parche	Tópica	Otras: _____
			Oral	Parche	Tópica	Otras: _____
			Oral	Parche	Tópica	Otras: _____

Nombre: _____

DOB: _____

PATIENT INTAKE GENERAL MEDICINE

ESTADO ACTUAL

¿Cuándo empezó este problema o problemas? _____

Si es crónico, ¿cuándo buscó tratamiento médico? _____

¿Su estado actual está relacionado con una intervención quirúrgica reciente? ☐ No ☐ Sí fecha de la cirugía: _____

Describe el problema o problemas _____

Explique cómo se produjo el problema o problemas. _____

¿Ha tenido este problema anteriormente? ☐ No ☐ Sí ¿cuántas veces?: _____

Sus síntomas empeoran: ☐ la mañana ☐ la tarde
☐ la noche ☐ Igual todo el día

¿Cómo se está ocupando ahora de los problemas? _____

What is your current pain level (0 – 10; 0 no pain) _____

Mi dolor/problema es cada vez: ☐ Peor ☐ Mejor ☐ Sigue igual

Mis síntomas me molestan: ☐ Constantemente (100%) ☐ La mayor parte del tiempo (75%)
☐ Ocasionalmente (50%) ☐ De vez en cuando (25%)

¿Tiene entumecimiento, hormigueo o ardor? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, marque una opción: ☐ Constantemente ☐ Intermitentemente

¿Qué funciones podía realizar antes que ahora no puede?

Explique cualquier tratamiento específico que haya recibido para este problema, como fisioterapia o terapia ocupacional previas, visitas quiroprácticas, analgésicos, etc.

¿Le han hecho radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o gammagrafías óseas por este problema?
En caso afirmativo, indique las fechas y los resultados.

¿Conoce alguna razón física por la que no deba recibir tratamiento? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, díganos de qué se trata: _____

¿Cuáles son sus objetivos terapéuticos? _____

¿ESTÁ EXPERIMENTANDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolores torácicos (angina de pecho)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tos productiva/crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	El dolor me despierta por la noche	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fiebre reciente, escalofríos, sudores	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mareo/vértigo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas visuales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida de audición/pitidos en los oídos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Debilidad inusual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fatiga o mialgia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor o inflamación articular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cambios de peso inexplicables	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre: _____

DOB: _____

**PATIENT INTAKE
GENERAL MEDICINE**

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis - En caso afirmativo, tipo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedades/Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Estimulador de la médula espinal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trastorno intestinal o vesical	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cáncer - En caso afirmativo, sitio:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Parkinson's	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Actualmente embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de habla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ictus/AIT	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedades autoinmunes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, tipo: _____					

HISTORIA SOCIAL / BIENESTAR

¿Toma usted bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Consume usted tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Con qué frecuencia ha completado al menos 20 minutos de ejercicio, como correr, montar en bicicleta o caminar a paso ligero, antes del inicio de su enfermedad?					
<input type="checkbox"/> Al menos 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca					

Avisaré al terapeuta si se produce algún cambio en mi estado físico que altere mi respuesta a alguna de las preguntas de este cuestionario.

Firma del paciente/tutor

Fecha