

REGISTRO DE PACIENTES

IMPRIMA Y COMPLETE TODAS LAS INSCRIPCIONES

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)			PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO		
DIRECCIÓN DE CALLE, CIUDAD, ESTADO, ZIP			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
TELÉFONO MÓVIL		TELÉFONO DE CASA		ESTADO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> De vacaciones	
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	PACIENTE SSN		DOCTOR PRIMARIO		DOCTOR DE REFERENCIA (si corresponde)
NOMBRE DEL SU EMPLEADOR		DIRECCIÓN DEL PACIENTE EMPLEADOR		TELÉFONO DE SU EMPLEADOR	
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA			NÚMERO DE TELÉFONO		RELACIÓN

¿Eres el suscriptor principal de tu seguro? Sí NO → Si "NO", complete a continuación:

INFORMACIÓN DE LA PARTE ASEGURADA / RESPONSABLE El padre/tutor de un menor es responsable del pago del saldo de la cuenta del menor. Cualquier sentencia de responsabilidad ordenada por la corte debe determinarse entre las personas involucradas, sin la inclusión de MDRS Spine & Sport Physical Therapy Inc.	RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> guardián
---	---

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE INICIAL)		DIRECCIÓN (si es diferente del paciente)	
FECHA DE NACIMIENTO		SSN	NÚMERO DE TELÉFONO

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Efectivo Seguro comercial lesiones personales/Med Pay Compensación de trabajo Fecha de la lesión: _____

Acepto pagar a MDRS Spine & Sport Inc. todas las cantidades que se adeudan y adeudar por los servicios prestados que Medicare no paga de otra manera, un plan de seguro de terceros, un tercero pagador u otra fuente de pagador en mi nombre por los servicios prestados. En el caso de que un tercero no realice el pago, entiendo y acepto que soy personalmente responsable. Si mi cuenta es referida a una agencia de cobro o a un abogado, además acepto pagar todos los costos razonables permitidos de cobro, incluyendo, sin limitación, honorarios razonables de abogados Inicial : _____ Fecha: _____

Nombre del seguro: _____ ID de miembro#: _____

LÍMITES PROFESIONALES Y CONTACTOS SENSIBLES

Se proporcionan servicios de fisioterapia para mejorar la salud y el bienestar general del paciente. Las solicitudes de actividad sexual no serán toleradas. Cualquier solicitud de actividad sexual será reportada a las autoridades apropiadas. La interacción sexual o discusión de cualquier tipo entre el paciente y el terapeuta NUNCA es apropiada. Si el terapeuta se siente amenazado o incómodo de alguna manera, la sesión de tratamiento será cancelada, y se le pedirá al paciente que se vaya.

La fisioterapia puede implicar tocar al paciente por el fisioterapeuta. El fisioterapeuta deberá utilizar las técnicas clínicas adecuadas y esforzarse para evitar tocar cualquier área sensible. La zona mamaria y genital no se masajeará en ninguna circunstancia y se mantendrá una distancia profesional desde estas áreas.

AVISO DE HIPAA

Como ya sabrá, el gobierno federal ha promulgado una nueva "regla de privacidad" diseñada para proteger la privacidad de su información de salud. Esta ley se aplica a los médicos, hospitales, otros proveedores de atención médica y planes de salud. A partir del 14 de abril de 2003, según esta regla de privacidad, debemos proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad que resume cómo podemos usar legalmente su información de salud y también nuestro deber de proteger su información de salud. Confirme su recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Spine & Sport firmando aquí. Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de sus registros médicos. Informe al Director de la clínica si tiene alguna pregunta sobre nuestro Aviso de prácticas de privacidad de Spine & Sport.

FIRMA (Paciente o, si es menor, Firma del padre o tutor)

FECHA:

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO

He sido informado del tratamiento que se considera necesario y que el tratamiento y los procedimientos serán realizados por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quiroprácticos, auxiliares y asistentes de fisioterapia u otros asistentes empleados con licencia de MDRS Spine & Sport Inc. para dicho tratamiento y procedimientos según lo prescrito por mi médico o según lo indicado en "Acceso directo" de California Comprendo y reconozco que, como parte de mi tratamiento, realizaré ejercicios físicos y utilizaré equipos de ejercicio y, como sucede con toda actividad física, existe un riesgo inherente de lesión o complicación para mi afección actual. Participo voluntariamente en estas actividades físicas y asumo consciente y libremente todos los riesgos de lesiones, muerte, pérdida o daños a causa de estas actividades. Entiendo que los resultados no están garantizados y que tengo el derecho de discutir los propósitos y riesgos asociados con todos los procedimientos y actividades de tratamiento recomendados con mi terapeuta. Certifico que la información proporcionada por MDRS Spine & Sport Inc. es correcta y acepto toda la responsabilidad de todos los cargos *. Por la presente, asigno y autorizo el pago directamente a la clínica mencionada anteriormente de todos los beneficios de seguro aplicables. Si mi política actual prohíbe el pago directo a MDRS Spine & Sport Inc., por la presente instruyo y ordeno a MDRS Spine & Sport Inc. que me facture directamente por los pagos del seguro que se me hicieron. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo después del pago del seguro, incluidos todos los costos incurridos en el cobro del saldo si la cuenta se vuelve morosa, como los costos judiciales, los honorarios de abogados y / o las comisiones o cargos de la agencia de cobranza. * Los pacientes con reclamos de compensación de trabajadores válidos no son responsables de los cargos de tratamiento.

PACIENTES DE MEDICARE

Certifico que la información proporcionada a MDRS Spine & Sport Inc. por mí al solicitar el pago bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportistas cualquier información necesaria para este o reclamos relacionados con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

Autorizo a MDRS Spine & Sport Inc. a iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros por cualquier motivo en mi nombre. Una fotocopia de esta asignación se considerará tan efectiva y válida como unoriginal.

Junto con mi cuidado, doy mi consentimiento para permitir el uso de dispositivos de filmación,, comouna cámara o teléfono celular, con el fin de mejorar mi cuidado. Además, doy mi consentimiento para la transmisión de tales imágenes de dispositivos de filmación o vídeo a Spine and Sport y/o al médico tratante a través de correo electrónico o texto utilizando medidas de seguridad establecidas.. Reconozco que dicha película y/o imágenes relacionadas solo se utilizarán o divulgarán con fines de tratamiento, y que Spine and Sport no utilizará ni divulgará dicha película o imágenes para ningún otro propósito sin mi autorización o consentimiento.

Esta autorización vence noventa (90) días a partir de la fecha de esta firma

FIRMA (Paciente o, si es menor, Firma del padre o tutor)

FECHA:

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que:

- MDRS Spine & Sport Inc. queda autorizado a divulgar información pertinente a mi tratamiento a cualquier médico, asegurador, compañía de compensación, abogado u otra agencia legalmente involucrada en mi caso (se confirmará la prueba de la relación).
- Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para divulgar cualquier información de salud relacionada con las pruebas, el diagnóstico y / o el tratamiento de problemas médicos relacionados con el alcohol o las drogas, y este consentimiento especial también se aplicará a los diagnósticos relacionados con el VIH / SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y las enfermedades psiquiátricas. trastornos / salud mental. Esta información se le ha revelado a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales (42 C.F.R. Parte 2) prohíben que usted haga cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitan dichas regulaciones. Esta autorización puede ser revocada pero no retroactiva a la divulgación de información realizada de buena fe.

¿Permiso para enviar registros por fax para emergencias médicas? Sí No

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

EMAIL

SI ES FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE

FIRMA DE TESTIGO (Opcional):

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE INITIAL)	FECHA:
---	---------------

Problemas a tratar hoy:

¿Ha tenido tratamiento para este problema anteriormente? (es decir: inyecciones, PT, quiropráctica, acupuntura)

Sí No Si S/ →

Por favor describa el tipo de tratamiento y cuando:

¿Ha tenido una cirugía asociada con este problema?

Sí No

Estado respiratorio:

Normal Moderado
 Severo (falta de aliento con esfuerzo leve)

¿Tienes alguna condición que se ve agravado por el ejercicio? _____

HISTORIA SOCIAL

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viuda Separados

Occupation: _____ Retirado Deshabilitado Estudiante

Sí No - ¿Bebes alcohol? Diario Semanal Infrecuentemente Recuperación de Alcohólicos

Sí No - ¿Usas tabaco? Fumo (paquetes ___ un día) Masticar

Historia Quirúrgica: Por favor, enumere las hospitalizaciones, cirugías, fracturas o enfermedades mayores que haya tenido.

TIPO DE CIRUGÍA	Año o FECHA	Médico	Ubicación

Historia Médica: ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

NINGUNO de los problemas enumerados

Unllergias:

ELA (enfermedad de Lou Gehrig)

Anylamía

Ansiedad

Unarthritis

Unafibrilación rterial (A-Fib)

Problemas de equilibrio

Coágulos sanguíneos

Trastorno de la sangre

Lesión cerebral

Cáncer: _____

Detención de Cardiac

dolor torácico

EPOC por enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Depresión

Diabetes

Desmayos o mareos

Fibromialgia

Gusto

Enfermedad de Eart

Sensibilidad al calor

Colesterol High

Hepatitis

Hernia

VIH/SIDA

Hipertensión (presuración alta de sangre)

Hipotensión (presión arterial baja)

Hipertiroidismo

Hypotiroidismo

Insomnia

Lymphadema

Problemas de memoria

Migraines

Esclerosis múltiple

Distofia muscular

Neuropathy

Organ lesión

Laesteoporosis

Enfermedad de Parkinson

Trastorno de estrés postraumático TEPT

Síndrome de Reynaud

Convulsiones

Falta de la respiración

Apnea del sueño

Lesión de la médula espinal

Golpe

Tuberculosis

Alteraciones visuales

Problemas vestibulares

Medicamentos: Haga una lista de los medicamentos que esté tomando actualmente(incluyendo medicamentos de venta libre):**POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLEMENTE**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	RUTA DE ADMINISTRACIÓN

Solo para médicos: he revisado el Perfil deRiesgo de Salud y lo siguiente es apropiado: Contacto MD con cribado cardiovascularSolicitar Formulario o solicitar resultados de la prueba de ejercicio dentro de los últimos 2 años; En este momento no es necesario realizar más pruebas cardiovasculares.

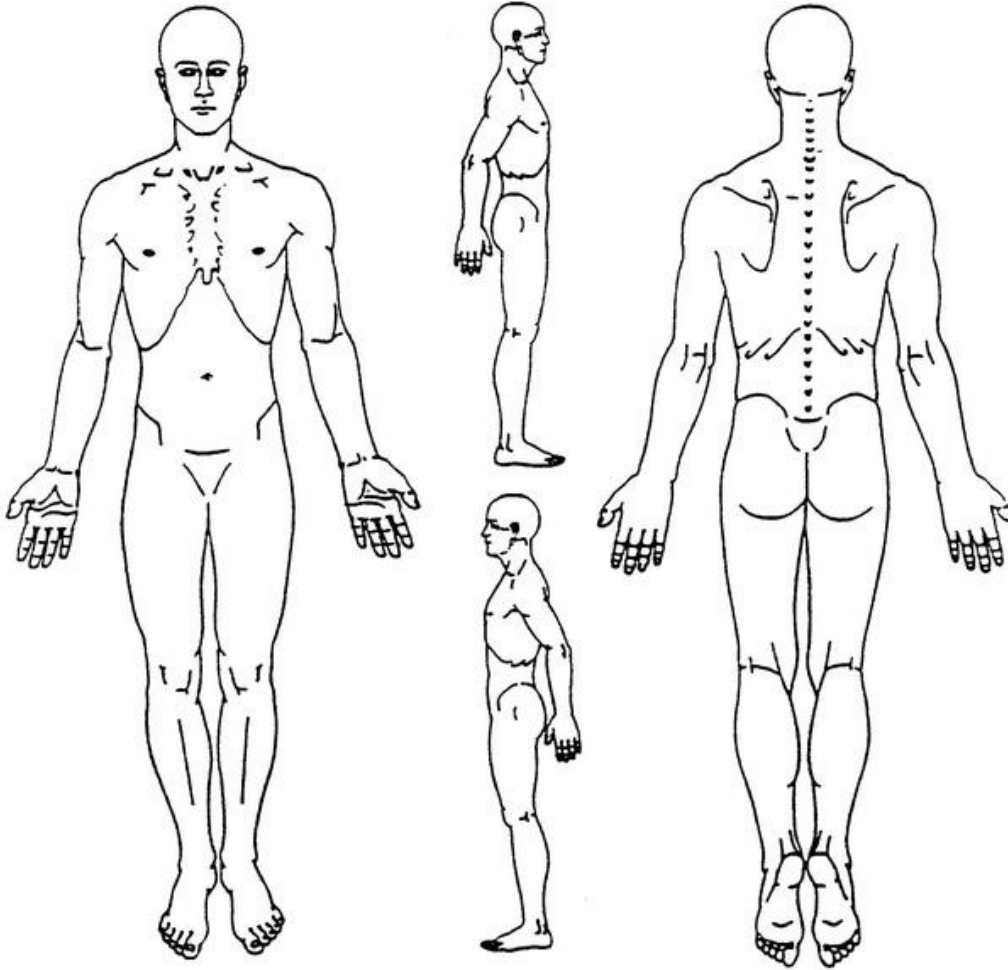
Firma clínica:

Dibujo del dolor

Nombre del paciente (Imprimir) _____ Fecha _____

Firma del paciente _____

Por favor, utilice el siguiente diagrama para indicar dónde siente los síntomas **en este momento.**



0-10 NUMERIC PAIN RATING SCALE



Desde su lesión/cirugía, ¿Cómo se siente: Mejor Peor Mismo