



### Reconocimiento de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

Se me dio o puso a disposición de mí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para el Acceso a la Terapia Física y Bienestar. Access Physical Therapy & Wellness se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente  
(Necesario si el paciente es un menor de edad o un adulto que no puede firmar este formulario.)

\_\_\_\_\_  
Relación de Representante del Paciente con el Paciente

### Solicitud de No Divulgación

La información que involucre a usted puede ser dada a conocer a un familiar, otro pariente o amigo cercano si creemos que es para su mejor interés. Usaremos solo la información médica que sea relevante para la participación de esa persona en su atención. Si en el caso de que necesitemos discutir su cuidado con un familiar, otro pariente o amigo cercano, ¿hay alguien a quien objete que se divulgue esta información?

¿NO divulga ninguna información médica sobre mi atención a los siguientes familiares o amigos cercanos?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente  
(Necesario si el paciente es un menor de edad o un adulto que no puede firmar este formulario.)

\_\_\_\_\_  
Relación de Representante del Paciente con el Paciente



Nombre: \_\_\_\_\_

**Autorización para el Tratamiento**

Por la presente autorizo a Access Physical Therapy & Wellness a divulgar información sobre mi tratamiento de terapia y servicios a mí mismo o a la persona con el nombre superior. También autorizo la divulgación de dicha información que pueda ser necesaria para mi cuidado por correo, transmisión electrónica o facsímil.

**Liberación y Asignación de Beneficios**

Por la presente autorizo a Access Physical Therapy & Wellness (APTW) a facturar a mi compañía de seguros directamente por la parte cubierta de los cargos, y autorizo el pago de beneficios médicos directamente a APTW. Autorizo a APTW a divulgar información médica u otra información necesaria para procesar esta reclamación. Entiendo que en última instancia soy responsable de mis cargos de fisioterapia, y acepto pagar mi deducible, copago o coseguro, y cualquier cargo no reembolsado por mi compañía de seguros. Entiendo que algunas compañías de seguros requieren preautorización médica o administrativa para el tratamiento o tienen límites de reembolso en el tratamiento de fisioterapia. Entiendo que soy responsable de conocer y cumplir con los requisitos de mi plan de seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Información de Contacto de Emergencia:**

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

**Recordatorios de Texto/Correo Electrónico & Encuestas de Satisfacción**

Estamos encantados de ofrecer recordatorios de texto y correo electrónico de sus citas, así como encuestas para ayudar a asegurarnos de proporcionar una experiencia de paciente excepcional. Mantener su información segura es importante para nosotros, por lo que queremos que sea consciente de que el correo electrónico y los textos no se consideran medios seguros de comunicación. Estas comunicaciones contienen información mínima y, por lo tanto, son de bajo riesgo; sin embargo, tenga en cuenta esto al elegir este servicio. Por favor, elija sus opciones preferidas.

Por favor envíeme recordatorios por correo electrónico de mis citas.

Mi dirección de correo electrónico es: \_\_\_\_\_

Por favor, envíeme recordatorios de texto de mis citas.

Mi número de teléfono celular es: \_\_\_\_\_

Por favor envíeme la encuesta **por texto** para proporcionar mis comentarios sobre mi experiencia en Access. (La encuesta se enviará por correo electrónico si decide excluirse de las encuestas de texto.)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Política de no Presentación y Cancelación

Los horarios programados de citas son muy importantes en ACCESS PT & Wellness. Nuestra política es asegurarnos de que no esté esperando más de 5 minutos para su cita programada. A cambio, le pedimos que haga todo lo posible para llegar a tiempo para su cita. Si no puede mantener una cita, le pedimos que nos dé al menos 24 horas de anticipación. La siguiente política de no presentación y cancelación está en vigor:

**Política de No Mostrar:** Si se pierde una cita sin una llamada telefónica notificante con 24 horas de anticipación, se cobrará una tarifa de \$50 (esto no está cubierto por su seguro). Si esto ocurre por segunda vez, no solo se incurrirá en una tarifa, sino que nos reservamos el derecho de colocarlo en nuestra lista de "llamar al día de" o darle de alta de nuestros servicios.

**Política de Cancelación:** Si se cancela una cita con menos de 24 horas de aviso, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$50 (esto **no** está cubierto por su seguro). Si esta cita se **reprograma** para otra hora ese día u otra hora de esa semana, la tarifa no será incurrida. Si se producen 3 cancelaciones, se le colocará en nuestra lista de "llamar al día de" o puede ser dado de baja de nuestros servicios. \* Entendemos que pueden ocurrir emergencias. El terapeuta utilizará su discreción para acomodar estas circunstancias imprevistas.

***Si sabe que su horario personal o laboral le hará cancelar varias citas con poca antelación y no desea incurrir en cargos, tiene las siguientes opciones:***

- ***Programar citas para el plan completo de atención para que pueda reservar el tiempo que más le resulte más conveniente y su horario.***
- ***Reprogramar su cita para otra hora ese día o esa semana. Haremos todo lo posible para acomodar su tiempo deseado.***
- ***"Llama al día de" Si sabes en un día en particular que podrás hacer una cita, puedes llamar a primera hora de la mañana y ver lo que tenemos disponible ese día.***

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y entiendo la política de cancelación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



**SÓLO PARA USO INTERNO:**

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Salud del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de Referencia: \_\_\_\_\_ Próxima Cita Médica: \_\_\_\_\_

¿Desea que le envíen una copia de sus informes a su Médico de Primaria?  Sí  No

En caso afirmativo: Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Queja o limitación actual: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión/inicio: \_\_\_\_\_

Trabajo Relacionado  Accidente Automovilístico  Lesión Escolar

Si su lesión es el resultado de un accidente, ¿en qué estado ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

Si su lesión es el resultado de un accidente, ¿se está llevando a cabo alguna acción legal?  Sí  No

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado de trabajo actual: \_\_\_\_\_

Por favor enumere cualquier cirugía y fecha: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su objetivo para la terapia? \_\_\_\_\_

¿Tienes otros dolores que debemos saber?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

**Historial Médico Pasado** - Por favor, compruebe todos los que son aplicables:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta                    | <input type="checkbox"/> Golpe            | <input type="checkbox"/> Hepatitis        | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco        |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                                 | <input type="checkbox"/> Lupus            | <input type="checkbox"/> Asma             | <input type="checkbox"/> Depresión              |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Marcapasos       | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis     | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex | <input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis                            | <input type="checkbox"/> Angina           | <input type="checkbox"/> Osteoporosis     | Otro: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - Ubicación(es) y Fecha(s): _____ |   |   |   |

Por favor, enumere a continuación cualquier medicamento actual, incluyendo la dosis y la ruta, que actualmente está tomando (incluyendo medicamentos recetados, de venta libre, hierbas, vitaminas/minerales/suplementos dietéticos o nutricionales).

Consulte la copia adjunta de la lista de medicamentos proporcionada.  No tomar ningún medicamento.

<u>Nombre de la Medicación</u>	<u>Dosificación</u>	<u>Ruta (por vía oral, parche, inyección, etc.)</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere las radiografías, tomografías computarizadas o pruebas de RMN realizadas y los resultados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

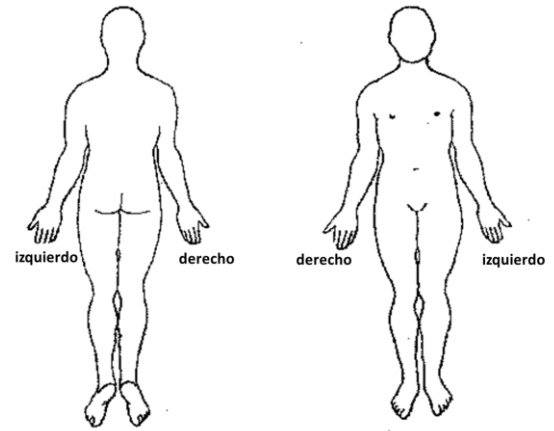
Nombre: \_\_\_\_\_

Por favor, indique la intensidad de su dolor en su peor momento:  
(Sin Dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor Insoportable)

Por favor, indique la intensidad de su dolor en su mejor momento:  
(Sin Dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor Insoportable)

Por favor, circule la descripción de su dolor (cualquiera que se aplique):

Agudo	Insensibilizado	Palpitante	Entumecimiento
Disparos	Arde	Hormigueo	
Constante (>76%)		Frecuente (51-75%)	
Ocasional (25-50%)		Intermitente (<25%)	



En el diagrama de la derecha, marque la(s) ubicación(es) de su dolor.

¿Qué aumenta el dolor? \_\_\_\_\_

¿Qué disminuye el dolor? \_\_\_\_\_

¿Has tenido fisioterapia en el pasado para este mismo problema?  Sí  No

¿Ha tenido alguna terapia física/ocupacional/habla o visitas quiroprácticas este año?  Sí  No

Número de visitas de terapia recibidas este año para: PT \_\_\_\_\_ OT \_\_\_\_\_ Discurso \_\_\_\_\_

¿Estuviste en un hospital o en un centro de enfermería especializada en los últimos 30 días?  Sí  No

En caso afirmativo, motivo de estancia \_\_\_\_\_

Fechas de estancia: De: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido recientemente algún tipo de servicio de atención domiciliaria?  Sí  No

¿Cuál fue la última cita en la que alguien llegó a su casa para los servicios? \_\_\_\_\_

En los últimos 12 meses, ¿ha caído 2 o más veces?  Sí  No

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido 1 o más caídas que resultaron en lesiones?  Sí  No

¿Fuma o utiliza productos de tabaco sin humo?

No, no uso productos de tabaco  Sí, fumo \_\_\_\_\_ paquetes por día

Sí, uso productos sin humo \_\_\_\_\_ veces al día

¿Bebes bebidas alcohólicas?  No  Sí

¿Cuántas bebidas alcohólicas al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas bebidas alcohólicas por semana? \_\_\_\_\_

Por favor, háganos saber cómo se enteró de nuestras instalaciones:

Firme en el frente  Un Correo  Directorio de Seguros  Yo era un paciente anterior

Un paciente anterior (especificar) \_\_\_\_\_  Anuncio de Periódico

Dr. \_\_\_\_\_  Agenda Telefónica (especificar) \_\_\_\_\_

Amigo/Familia (especificar) \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien específico que podamos agradecer por referirte a nosotros?  Sí: \_\_\_\_\_  No

Estoy firmando este formulario que atestigua lo mejor de mi conocimiento la información es precisa y confiable. Lo haré notificar al proveedor si cambia la información.

Firma del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_