

Formulario de registro del paciente – Seguro comercial

Nombre del paciente: Preferido:	
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal:	
Fecha de nacimiento: Número de Seguro Social:	
Dirección de correo electrónico: snlsul1092@gmail.com	
Teléfono particular:	Método de recordatorio de citas
Teléfono celular:	<input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono celular
Teléfono de oficina:	<input type="checkbox"/> Teléfono de oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo Nombre de la pareja:	
Responsabilidad financiera: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Otra, indique el nombre del padre/madre/tutor legal:	
Dirección y número de teléfono, si son distintos de los anteriores:	
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: Relación:
2º Contacto - Información y teléfono: Relación:	
Médico general:	Remitido por:
¿Ha recibido tratamiento de fisioterapia desde enero de este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, # de visitas:	
¿Ha recibido tratamiento quiropráctico desde enero de este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, # de visitas:	
¿Ha recibido asistencia médica a domicilio en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, proveedor de asistencia médica a domicilio:	

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO 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:	

Consentimiento para recibir tratamiento/asignación de beneficios/reconocimientos

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el personal de Advanced PT, LLC 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 Advanced PT, LLC. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguros y autorizo a Advanced PT, LLC 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 del paciente:

Autorización de comunicación

Al proporcionar mi información de contacto anterior y firmar a continuación, consiento y autorizo a Advanced PT, LLC 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 Advanced PT, LLC inmediatamente cualquier cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

Divulgación de información

Por la presente autorizo a Advanced PT, LLC 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:

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.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre del paciente:		Nombre preferido:	
Ocupación: Femenino	Altura:	Peso:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Actividades de ocio/pasatiempos:			
¿Usted es <input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo?			
¿Dónde vive? <input type="checkbox"/> Vivienda particular <input type="checkbox"/> Apartamento/habitación alquilada <input type="checkbox"/> Vivienda asistida/casa de acogida <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Otros:			
¿Con quién vive? <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Solo cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge y otras personas <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otros:			
¿Su vivienda tiene...? <input type="checkbox"/> Escaleras, sin barandilla <input type="checkbox"/> Escaleras, con barandilla <input type="checkbox"/> Rampas <input type="checkbox"/> Terreno irregular Por favor, explique:			
¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses?		¿Tuvo como consecuencia una lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Durante el último mes, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado o le ha molestado tener poco interés o placer por hacer cosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estado de salud general: Califique su estado de salud. <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo			
Indique a continuación cualquier alergia conocida (incluidos medicamentos, látex, etc.).			
Estado actual			
¿Cuándo empezó este problema o problemas/fecha de aparición? Si es crónico, ¿cuándo buscó tratamiento médico?			
¿Su estado actual está relacionado con una intervención quirúrgica reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique la fecha de la cirugía:			
Describa el problema o problemas.			
Explique cómo se produjo el problema o problemas.			
¿Ha tenido este problema anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces?			
Sus síntomas empeoran: <input type="checkbox"/> Por la mañana <input type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Por la noche <input type="checkbox"/> Igual todo el día			
¿Cómo se está ocupando ahora de los problemas?			
Mi dolor/problema es cada vez: <input type="checkbox"/> Peor <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Sigue igual			
Mis síntomas me molestan: <input type="checkbox"/> Constantemente (100%) <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (50%)		<input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (75%) <input type="checkbox"/> De vez en cuando (25%)	
¿Tiene entumecimiento, hormigueo o ardor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque una opción: <input type="checkbox"/> Constantemente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, díganos de qué se trata:			
¿Cuáles son sus objetivos terapéuticos?			

Nombre del paciente:	
Cirugía / Hospitalización, incluya la fecha y el motivo.	

Indique dónde tiene dolor/síntomas en la tabla corporal con una X:

	Califique su dolor de 0 a 10 para lo siguiente: (0=sin dolor, 10=excrucitante): Lo peor ha sido: _____ Lo mejor ha sido: _____ En este momento: _____
	Indique la naturaleza de su dolor y síntomas (marque con un círculo todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> agudo <input type="checkbox"/> doloroso <input type="checkbox"/> punzante <input type="checkbox"/> sordo <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> ardiente <input type="checkbox"/> entumecido
	¿Es el dolor constante? _____ ¿El dolor va y viene? _____

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

¿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

Historia social / Bienestar

¿Toma usted bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consumo 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	

Nombre del paciente: Lisa Sullivan			
¿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
Enfermedades autoinmunes En caso afirmativo, tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estimulador de la médula espinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno intestinal o vesical	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer - En caso afirmativo, sitio:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Actualmente embarazada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de habla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ictus/AIT	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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: _____ Fecha: _____