

Formulario de registro del paciente – Compensación para trabajadores/MVA

Si no puede completar la documentación en inglés, espere a completar los formularios en la clínica donde hay servicios de interpretación disponibles.

Nombre del paciente:		Preferido:	
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal:			
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Dirección de correo electrónico:	
Teléfono particular:	Método de recordatorio de citas		
Teléfono celular:	☐ Teléfono particular ☐ Teléfono celular		
Teléfono de oficina:	☐ Teléfono de oficina ☐ Correo electrónico		
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo		Nombre de la pareja:	
Responsabilidad financiera: ☐ Propia ☐ Otra, indique:			
2º Contacto nombre/dirección:			
Teléfono del 2º contacto:		Relación:	
Médico general:		Remitido por:	

Información sobre el seguro

¿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 empresario/asegurado:	# de Teléfono:	
Dirección:		
Reclamación o caso #:		
Nombre de la enfermera gestora del caso / tasadora:		
Número de teléfono de la enfermera gestora de casos / tasadora:	# de Fax:	
¿Tiene intención de presentar una demanda por responsabilidad civil o tiene un litigio pendiente? En caso afirmativo, indique el nombre del abogado:	# de Teléfono:	

Consentimiento para recibir tratamiento/asignación de beneficios/reconocimientos

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el personal de TLC Physical Therapy 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 TLC Physical Therapy. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguros y autorizo a TLC Physical Therapy 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

Relación con el paciente

Nombre del paciente:	DOB:
Autorización de comunicación	
Al proporcionar mi información de contacto anterior y firmar a continuación, consiento y autorizo a TLC Physical Therapy y sus entidades relacionadas, agentes, contratistas, incluyendo, sin limitación, sus departamentos de programación, facturación, 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 TLC Physical Therapy o utilizando el método de exclusión que se identificará en la comunicación correspondiente. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a TLC Physical Therapy 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 TLC Physical Therapy 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	
<u>El pago de los servicios debe efectuarse en el momento de prestación de los servicios</u> 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:

Nombre del paciente:	DOB:
Política de cancelación/inasistencia y pago de tasas	
Es política de TLC Physical Therapy controlar y gestionar las inasistencias a las citas y las cancelaciones tardías. La asistencia regular a las sesiones de terapia es crucial para que se recupere plenamente y vuelva a realizar las actividades que le gustan. Si no acude a una cita, perderá una oportunidad de progresar en su recuperación y afectará a nuestra capacidad para atender a otros pacientes que puedan necesitar atención urgente. Si necesita cancelar o cambiar la cita, llame a la clínica. Las citas programadas deben cancelarse o reprogramarse al menos 24 horas antes. La falta de asistencia a su cita sin previo aviso de 24 horas puede resultar en una cuota de 50 dólares que se cargará directamente a usted como el paciente (no al seguro) para cada caso de una cita perdida.	
Firma del paciente/representante autorizado	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre del paciente:		Nombre preferido:	
Ocupación:	Altura:	Peso:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Actividades de ocio/pasatiempos:			
¿Usted es ☐ Diestro ☐ Zurdo?			
¿Dónde vive? ☐ Vivienda particular ☐ Apartamento/habitación alquilada ☐ Vivienda asistida/casa de acogida ☐ Hospicio ☐ Otros:			
¿Con quién vive? ☐ Solo/a ☐ Solo cónyuge ☐ Cónyuge y otras personas ☐ Hijo/a ☐ Otros:			
¿Su vivienda tiene...? ☐ Escaleras, sin 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	
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: Califique su estado de salud. ☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántas veces?
Sus síntomas empeoran: ☐ Por la mañana ☐ Por la tarde ☐ Por la noche ☐ Igual todo el día
¿Cómo se está ocupando ahora de los problemas?
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?

Nombre del paciente:	DOB:
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

¿Está experimentando alguna de las siguientes situaciones?

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

Historia social / Bienestar

¿Toma usted bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No	¿Consume usted tabaco? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Al menos 3 veces por semana ☐ 1-2 veces por semana ☐ Rara vez o nunca	

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

Alergias	☐ Sí ☐ No	Hipertensión arterial	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	VIH	☐ Sí ☐ No
Hepatitis - En caso afirmativo, tipo:	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Problemas respiratorios	☐ Sí ☐ No	Enfermedades/Problemas renales	☐ Sí ☐ No
Enfermedades autoinmunes En caso afirmativo, tipo:	☐ Sí ☐ No	Estimulador de la médula espinal	☐ Sí ☐ No
Coágulos sanguíneos	☐ Sí ☐ No	Problemas de visión	☐ Sí ☐ No
Trastorno intestinal o vesical	☐ Sí ☐ No	Osteoporosis	☐ Sí ☐ No
Cáncer - En caso afirmativo, sitio:	☐ Sí ☐ No	Artritis reumatoide	☐ Sí ☐ No
Cardiopatías	☐ Sí ☐ No	Parkinson	☐ Sí ☐ No
Marcapasos cardíaco	☐ Sí ☐ No	Enfermedad vascular periférica	☐ Sí ☐ No
Actualmente embarazada	☐ Sí ☐ No	Convulsiones	☐ Sí ☐ No
Depresión	☐ Sí ☐ No	Problemas de habla	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Pérdida auditiva	☐ Sí ☐ No
Ictus/TIA	☐ Sí ☐ No	Fracturas	☐ Sí ☐ 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 del paciente/representante autorizado: _____ Fecha: _____