

## Informacion del Paciente



Nombre \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

Estado Civil  Casado  Divorciado  Viudo  Soltero

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de Telefono (Casa) \_\_\_\_\_ (Cel) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Doctor que lo Refirio \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Fecha que se hirio \_\_\_\_\_ Fecha de Sirugia \_\_\_\_\_ E:Mail \_\_\_\_\_

**Porque nos escojio?**  Doctor Me dirigio  Doctor me dejo escojer  Radio  Cartel

Amigo/Familia  Paginas Amarillas  Me Referi a mi mismo  Ubicacion  Otro \_\_\_\_\_

## Informacion De Su Seguro

Es Este un reclamo de compensacion para trabajadores?  Si  No

Numero de Caso \_\_\_\_\_ Nombre de Seguro \_\_\_\_\_

**Seguro Principal** \_\_\_\_\_

Nombre Del Subscriber \_\_\_\_\_ Relacion Al Paciente \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_

Nombre Del Subscriber \_\_\_\_\_ Relacion Al Paciente \_\_\_\_\_

Por la presente consiento a dichos procedimientos de terapia fisica y terapia ocupacional como pueden ser dados por Idaho Physical Therapy. Tambien autorizo de que todos los beneficios del seguro sean pagados directamente a Idaho Physical Therapy, y asumo toda la responsabilidad financiera por el balance de los cargos no incluidos por el seguro. Idaho Physical Therapy tiene la autorizacion de dar cualquier informacion necesaria a la compania de seguro para procesar los reclamos medicos y de tomar fotografias para el expediente medico solamente. Idaho Physical Therapy renuncia divulgar informacion del paciente como se provee en este parrafo.

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

### Autorizacion De Pacientes de Medicare

Pido que cualquier pago autorizado por los beneficios de Medicare sean pagados a mi o de parte de mi, a Idaho Physical Therapy por cualquier servicio que he recibido. Autorizo que cualquier informacion medica de mi sea liberada a los Centros de Medicare y Medicaid, formalmente Health Care Financing Administration, y sus agentes. Cualquier informacion necesitada para determinar los servicios incluidos en los beneficios.

Firma del Paciente de Medicare \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

***Historia Medica Del Paciente  
Y Cuestionario de Salud Personal***

**Historia Personal**

Circule cada condicion que aplica a usted. Alguna vez a sido medicamento tratado por:

<b>Condicion</b>			<b>Condicion</b>		
Marcapasos cardiaco	Si	No	Periferico Vascular	Si	No
Ataque al corazon	Si	No	Convulsiones	Si	No
Angina	Si	No	Paralisis	Si	No
Enfisema	Si	No	Calambres de pierna	Si	No
Presion Alta	Si	No	Dolor de cabeza	Si	No
Diabetes	Si	No	Depresion	Si	No
Ataque cerebral	Si	No	Problemas resp.	Si	No
Enfermedad sever	Si	No	Dolor del Brazo	Si	No
Apagones	Si	No	Presion Baja	Si	No
Gota	Si	No	Indigestion	Si	No
Nerviosismo	Si	No	Ulceras	Si	No
Tuberculosis	Si	No	Asma	Si	No
Insomnia	Si	No	Hernia	Si	No
Dolores de pecho	Si	No	Dolor de espalda	Si	No
Cancer	Si	No	Alergias	Si	No

Por favor de fechas y detalles de cada condicion por la que circulo "si":

Algun otro problema medico? Por favor de describirlo:

Tiene Historia de sirugia? \_\_\_\_\_

Que medicinas toma en este momento? \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:** Circule cada condicion que aplique a sus parientes:

Ataque del Corazon	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Presion Alta	Si	No	Diabetes	Si	No
Enfermedad circulatoria	Si	No	Ataque Cerebral	Si	No
Enfermedad del Corazon	Si	No	Asma	Si	No

Medida \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Consumo Alcohol? Si No Si consume, cuanto? \_\_\_\_\_ bebidas por semana/mes  
Fuma? Si No Si fuma, cuanto? \_\_\_\_\_ paquetes por dia/semana

Yo certifico que todas las respuestas son verdad a lo major de mi conocimiento.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## *Su Derecho a la Privacidad*

Al firmar esta forma usted le da permiso a Idaho Physical Therapy, a usar su informacion de salud protegida para el proposito del tratamiento, cargos, y cualquier cuidado medico. Nosotros desarrollamos *Su Derecho a la Privacidad* que le da informacion mas detallada de como, y bajo cuales circunstancias, podemos usar su informacion de salud protegida para el proposito del tratamiento, cargos, y cualquier cuidado medico.

Por favor sepa que usted tiene el derecho de leer *Su Derecho a la Privacidad* antes de firmar esta forma. Usted tambien tiene el derecho a poner restricciones en como podemos usar su informacion. Sin embargo, no estamos requeridos por ley a estar de acuerdo con su pedido. Si nosotros nos ponemos de acuerdo con su pedido, estamos atados a ese acuerdo con usted. Usted tambien tiene el derecho de no firmar esta forma.

De tiempo en tiempo *Su Derecho a la Privacidad* puede cambiar. Usted puede obtener una copia los cambios cuando contacte nuestra oficina.

Nombre (imprima) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## *Terminos de Pago*

1. Si tiene un co-pago, tiene que pagarlo cada vez que reciba servicios.
2. Idaho Physical Therapy mandara los cargos a su compania de seguro de acuerdo a los servicios y procedimientos que ha recibido durante su visita. Sin embargo, por favor no se olvide que es su responsabilidad de saber exactamente que cubre su plan. Algunos planes tienen limites de cuanto cubre por terapia fisica. Es muy importante que usted conozca su plan individual.
3. Pacientes que no tienen seguro tienen que pagar todos los cargos cada dia que recibe servicios.
4. Todos los cargos se vencen 30 dias despues de que mandemos el ultimo estado de cuenta a su aseguranza. Si queda algun balance, le agregaremos un cargo anual de 24% que sera distribuido a 2% por mes.
5. Aceptamos y recomendamos cualquier pago parcial que usted quiera hacer aparte de su co-pago. Esto le ayudara a mantener su balance final bastante bajo.
6. Si tiene algun problema con su cuenta por favor contacte a Idaho Physical Therapy en 30 dias o menos, despues de recibir su factura.
7. Si usted necesita un plan de pago, nosotros estaremos felizes de trabajar con usted. Si usted no paga por 60 dias su cuenta puede ser referida a una agencia de coleccion. Idaho Physical Therapy le mandara su factura a su aseguranza, despues de esto, lo que su aseguranza no pague, sera la responsabilidad de usted.

Si tiene alguna pregunta de esta polisa por favor contacte nuestra oficina antes de empezar su terapia.

He leído y entendido la polisa de pago and estoy de acuerdo con los terminos.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

*A Nuestros Pacientes con Respeto a las  
Cancelaciones y Cuando No Llegan a las citas*

Lo siguiente es nuestra poliza con respect a las cancelaciones y cuando no llegan a las citas sin aviso. Nosotros tomamos este tema muy seriamete el la clinica porque es muy importante en el exito de su tratamiento. Su trabajo mas importante es de llegar a sus citas. Ademas de eso, todo lo que necesita hacer es seguir las instrucciones del terapeuta y nosotros podremos ayudarie a llenar sus metas en el tratamiento.

- Pedimos 24 horas de aviso en el evento de una cancelacion. Es la responsabilidad del paciente cuando cancela una cita, hacer otra para compensar por la cita perdida. Para su conveniencia, usted puede llamar y dejar un mensaje 24 horas al dia cancelando su cita.
- Hay un cobro de \$10.00 para las cancelaciones que no dan propio aviso, y un cobro de \$15.00 si no viene y no llama. Estos cobros no seran cubietos por su compania de aseguranza, y tendran que ser pagados personalmente por usted.
- Hay un cobro de \$10.00 para las cancelaciones que no dan propio aviso, y un cobro de \$15.00 si no viene y no llama. Estos cobros no seran cublertos por su compania de aseguranza, y tendran que ser pagados personalmente por usted.

Por favor entienda que el dolor puede aumentar o disminuir en el curso de su tratamiento. Cualquiera de estas condiciones pueden ser razones para dejar de atender la terapia.

- A. Se esta sintiendo peor y piensa que el tratamiento no esta trabajando
- B. Si no tiene dolor, este es el tiempo para comenzar a corregir cualquier causa del problema, educarlo en la mecanica del cuerpo, en un programa de ejercicios en casa, y en tecnicas para evitar una lastimadura de Nuevo.

Apreciamos su coperacion en mantener sus citas, ya que este tiempo ha sido apartado para usted. Si no puede atender, nos gustaria oir de usted antes de su cita para que podamos ver a otra persona en su lugar.

Gracias por su entendimiento. Esperamos ayudarle su dolor y ayudarle a que regrese a funcionar al maximo.

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_