

Paciente Nuevo – Historial Médico / Disclaimer (6 pg total)

Nombre: _____ Edad: _____ M F Estatura: _____ Peso: _____

Próxima cita con su doctor: _____ Qué es tu diagnóstico: _____

Fecha de herida: _____ Fecha de cirugía: _____

¿Cuál es tu principal queja? _____

Listar todos los medicamentos y dosis actuales: <i>Usar la hoja adjunta</i>			
Enumere cualquier alergia: (cortisone, látex, yodo, azufre, etc.)			
Por Favor responda todas las siguientes preguntas. Si su respuesta es SI, a cualquier pregunta, por favor explique.			
¿Ha tenido radiografías, resonancias magnéticas (MRI) u otros estudios de imágenes para su condición actual?	SI	NO	Fecha o última imagen:
¿Ha tenido terapia o atención quiropráctica este año?	SI	NO	Fecha: # de Visitas:
¿Tiene o ha tenido un tumor / crecimiento?	SI	NO	
¿Eres sensible al caliente o al hielo?	SI	NO	
¿Usas tabaco?	SI	NO	¿Cuántas veces?
¿Ha tenido alguna caída en el último año?			
* ¿Cuántas caídas ha tenido en los últimos 12 meses?			
¿Fue esta lesión causada por una caída?	SI	NO	
¿Actualmente recibe servicios de salud en el hogar / enfermería especializada?	SI	NO	Especifique PT o OT
Cuántas bebidas alcohólicas de tamaño estándar toma por semana:		Por ocasión:	
¿Siente que está siendo maltratado por un cuidador, un miembro de la familia u otro?	SI	NO	
Marque todos los síntomas que está experimentando ACTUALMENTE:			
<input type="checkbox"/> Fiebre/Escalofríos/Sudores	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo	
<input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/> Equilibrio pobre/Caídas	
<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad/Desesperanza	
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Falta de respiración	<input type="checkbox"/> Embarazada	
Verifique todas las condiciones PASADAS y PRESENTES:			
<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problema Respiratorio	
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Problemas de circulación/Sangrado	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	
<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos (hepatitis o otro _____)	<input type="checkbox"/> Problema emocional/psicologico	
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad Infecciosa	<input type="checkbox"/> Insomnio/ Pesadillas	
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Otra seria condición medica que debemos saber:	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis		_____	
<input type="checkbox"/> Cáncer			
¿Cuáles son TUS objetivos para la terapia?			
¿Cómo califica su salud general? Excelente Buena Más o Menos Mal			
Describa brevemente su trabajo. Incluya cuánto levanta, lleva, empuja, tira:			

Lista De Medicamentos

Nombre del Medicamento	Dosificación	Frecuencia	Via de administración
-------------------------------	---------------------	-------------------	------------------------------

Incluye prescritos, medicina sin
receipt, y de vitaminas /
minerales / suplementos
dietéticos a base de hierbas)

Oral, inyectado, Tópica

Disclaimer Paciente (Pg 1 of 4)

Estamos comprometidos a servirle de la mejor manera posible. Para lograr este objetivo, le pedimos que por favor lea los siguientes términos para recibir atención en nuestras instalaciones.

Supervisión de niños: El equipo que tenemos aquí incluye pesos pesados y dispositivos electrónicos delicados. Por favor supervise cuidadosamente a sus hijos, mientras que en la clínica. Ellos no deben jugar con todo el equipo; tenemos una caja de juguetes en la sala de espera para su uso. Mano a Hombro Rehab, Inc. no asume ninguna responsabilidad por cualquier lesión a los niños ni a otros visitantes que juegan en la clínica.

Tenemos varios terapeutas: trabajar aquí que la variación de turnos semanales; es probable que usted verá más de un terapeuta durante su curso del tratamiento. Aun así, es nuestra meta para dar atención constante. Para cualquier alojamiento especial, por favor háganoslo saber y haremos nuestro mejor esfuerzo para satisfacer su solicitud.

Pacientes Compensación Laboral: Por favor extienden la cortesía de llamarnos para cualquier cancelación el día antes de sus citas programadas y tenga en cuenta que en su carta. Cancelaciones frecuentes o "no shows" pueden poner en peligro su reclamo.

La presentación de reclamaciones: Presentamos reclamaciones de seguros como una cortesía para nuestros pacientes. El paciente es responsable en última instancia, sin embargo, a partir de la fecha en que los servicios son prestados primera.

Co-Paga / Co- Seguro: Cualquier copago requerido por su plan de seguro será exigible en el momento en que se prestan los servicios. Estados de cuenta mensuales también se pueden enviar por montos de coaseguro, o saldos de cuenta, independientemente del pago de seguro. Si necesita establecer acuerdos de pago por favor pregunte.

Pacientes privados de pago: nuestros honorarios son usuales y habituales. Estas tarifas serán discutidos con usted con base en el plan de tratamiento determinación. El pago de los servicios se debe en el momento se prestan los servicios, a menos que se han aprobado otros arreglos. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Suministros como férulas aparatos de gimnasia, ect., Pueden ser pagados en la fecha de servicio o facturados a usted cada mes en un comunicado. Estos cargos serán debidos a la recepción.

No todas las compañías de seguros cubren los suministros: Tenga en cuenta que su terapia puede llamar a elementos tales como férulas y aparatos de ejercicio que pueden no estar cubiertos; es decir, Estados Health Care, algunos seguros secundarias Sante, etc. Si su compañía de seguros no cubre los elementos dado, se le facturará por estos suministros.

Disclaimer Paciente (Pg 2 of 4)

Estoy de acuerdo en ceder la totalidad de gastos médicos para los servicios de esta clínica , incluyendo los seguros privados y otros planes de salud a mano hasta el hombro Rehab , Inc. Entiendo y acepto que soy el responsable último de todos los cargos por servicios y suministros prestados. Yo te notificaremos de cualquier cambio en la cobertura del seguro.

Habrá un cargo de \$ 50.00 para "no shows", mismas cancelaciones día, y retured cheques. Absolutamente sin excepciones.

Limitado del Inglés Pacientes: Algunas compañías de seguros de salud proporcionan servicio de interpretación telefónica gratuita durante las visitas de terapia, proporcionados por su compañía de seguros. Por favor, pregunte acerca de este programa.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENT, CERTIFICO QUE HE LEÍD, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN ACATAR LOS TÉRMINOS Y PLOICIES ESCRITA EN ESTE DOCUMENTO.

Nombre del Paciente Impreso

Fecha

Firma del Paciente

Disclaimer Paciente (Pg 3 of 4)

Pacientes De Medicare Sólo

NOTA: Es usted un paciente actual o intermitente de un Salud de inicio o en un centro de enfermería especializada ? **Si es así**, es posible que no sea elegible para ser visto en nuestras instalaciones. *Por favor, vea la recepcionista inmediatamente.*

Infórmenos si Medicare es primario o secundario y presente TODA la cobertura de seguro al momento del servicio. Medicare ha implementado un presupuesto anual fijo para servicios de terapia ocupacional y una cantidad separada para servicios de fisioterapia por año. Esto equivale aproximadamente entre 18 y 22 visitas por cada disciplina por año. Mensaje: Necesito reprogramar por favor.

Una vez que se hayan agotado los beneficios, tiene la opción de recibir servicios adicionales en una clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios, si se considera médicamente necesario, o pagar en efectivo. Consulte en la recepción las tarifas de pago por cuenta propia.

Esta clínica hace todo lo posible para controlar la cantidad de visitas de tratamiento que tiene para ayudarlo a saber cuándo el presupuesto está cerca de alcanzarse o ya se ha alcanzado. Sin embargo, entiendo que es mi responsabilidad verificar el saldo restante directamente con Medicare.

Entiendo y acepto que, en última instancia, soy responsable de pagar cualquier servicio que reciba que exceda el presupuesto de Medicare, que se basa en la necesidad médica y NO depende de la cantidad de procedimientos o incidencias en un año. Este presupuesto se reajustará en el mes de enero de cada año.

Infórmenos si se ha inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare, ya que es posible que los servicios no estén cubiertos en nuestra clínica; si está inscrito en **Kaiser Medicare**, informe a la recepcionista inmediatamente antes de que se preste cualquier servicio.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENT, CERTIFICO QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN ACATAR LOS TÉRMINOS Y PLOICIES ESCRITA EN ESTE DOCUMENTO.

Nombre del Paciente Impreso

Fecha

Firma del Paciente

Disclaimer Paciente (Pg 4 of 4)

1. He leído y recibido una copia de la Polisa de Privacidad HIPPA. Reconosco que he recibido una copia de la Polisa de Privacidad HIPPA y doy autorizacion para divulgar informacion medica de conformidad con HIPPA.

Firma del paciente: _____

2. He leído y recibido una copia de la negacion de responsabilidad del pasiente de acuerdo a la polisa de la compania. Esto incluye, la multa de \$50 dolares por no presentarse a la sita o la canselasion el mismo dia de la sita

Firma del paciente: _____

3. Solo pacientes de Medicare: Si **NO** ha recibido enfermería especializada en el hogar/salud en este momento. Medicare tiene un límite en dólares para los servicios de terapia ocupacional (OT) y fisioterapia (PT). ¿Ha recibido servicios de OT/PT en el año calendario actual?

Por favor circule: Sí o No

En caso **afirmativo**, ¿cuántas visitas ha recibido? _____

Firma del paciente: _____