

Forma de registro paciente

For Office Use Only: cuenta #:

Abastecedor:

Nombre paciente: _____

Dirección que manda la cuenta: _____

Dirección permanente: _____ City, estado, cierre relámpago: _____

Teléfono casero: _____ Teléfono del negocio: _____

Teléfono de la célula: _____

Sexo: Varón Hembra Fecha de nacimiento : _____ Edad: _____ Paciente SS#: _____

Nombre del asegurado: _____ Aseguró la fecha de Birth _____

Relación al paciente (círculo uno): Uno mismo Esposo Niño Other _____

Referir a médico: _____

Nombre primario del médico del cuidado: _____

Es lesión relacionada con un accidente (círculo uno): Sí No Si sí (círculo uno): Relativo al trabajo Accidente auto Other

Fecha del nombre de la persona del contacto del # _____ de la demanda del _____

de lesión/del número de teléfono: _____ Es paciente (círculo uno): Solo Casado Other _____

Empleado Estudiante de F/T Estudiante de P/T Other _____

Nombre del patrón: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del contacto de la emergencia: _____ Número de teléfono: _____

de la dirección _____ de la relación _____

Seguro/información de la remuneración de Workmans**Seguro primario**

Nombre de compañía: _____

Nombre del sostenedor de política: _____

Secundario

nombre de compañía _____

Nombre del sostenedor de política: _____

Aviso: La información antedicha está con el fin de mantener un expediente médico completo y exacto. Está también para el propósito de ampliar crédito y se autoriza para ser verdad.**AUTORIZACIÓN DE PAGAR:** Autorizo por este medio el pago directamente al servicio físico de la terapia de los médicos para cualquier ventaja médica de otra manera pagadera a mí para los servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de las cargas no cubiertas por mi seguro.**Sus ventajas:** Co-pague: \$ _____ Deducible: \$ _____ YTD satisfecho: Co-Insurance % de \$ _____

Limitaciones de la visita: _____ verificado cerca: Fecha del _____

*Ésta es una valoración de ventajas y no de una garantía del pago según lo observado por su compañía de seguros. Las ventajas enumeradas fueron obtenidas de un representante/delegado técnico de cliente con su compañía de seguros u obtenidas detalladamente de su Web site.*El servicio físico de la terapia de los médicos verifica sus ventajas de seguro como cortesía a usted. No aceptamos la responsabilidad del **exactitud** de la información proporcionó por su compañía de seguros. Si usted tiene preguntas o preocupaciones más futuras con respecto a sus ventajas, entre en contacto con por favor a su compañía de seguros directamente.**I, _____, han leído y entienden la información antedicha.**

Firma paciente/responsable del partido _____

Fecha _____



PHYSICIANS
PHYSICAL
THERAPY
SERVICE

Forma de la historia de la salud

Lea por favor todos los títulos en negrilla, circunde o complete todas las palabras que se apliquen a sus síntomas últimos o actuales.

Informe por favor a su therapist si hay algunas adiciones a su forma de la historia durante su cuidado.

Name _____ Date _____ Sexo: M F
 Age _____ Height _____ Weight _____ Derecho Zurdo
 Médico _____ Fecha de la visita pasada con el médico _____
 Principal queja (localización incluyendo y síntomas) _____

Clasifique su dolor: Ningún dolor-----El peor podría ser
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuándo el dolor comenzó? _____

¿Cómo el dolor comenzó? (el accidente auto, trabaja lesión relacionada, inicio gradual, lesión traumática, cirugía, elevación, el tirar, resbalón/caída)

Dolor creciente con: el sentarse, tosiendo, caminando, ejercicio, resto, otro: _____

Dolor disminuido con: el sentarse, caminando, ejercicio, resto, otro: _____

Medicaciones (prescripción incluyendo y drogas non-prescription): _____

Alergias (a la medicación y a otros irritantes): _____

Cirugía (fechas y procedimientos) : _____

Proyección de imagen (Las radiografías, la exploración de MRI, de CT, la otra prueba, área del cuerpo, fechas y resultados si está sabido): _____

Ejercite cuando es lesión-libre (actividades, frecuencia recientes de la lista, así como las metas futuras): _____

Ejercicio aerobio (frecuencia y duración): _____

¿Usted ha estado a la terapia física antes? _____ ¿Cuándo y dónde? _____

Más allá de historial médico (Compruebe todo el que aplíquese a usted, utilice el lado trasero de esta hoja para la información adicional)

<p>Infección/enfermedad: <input type="checkbox"/> infección del hueso <input type="checkbox"/> absceso <input type="checkbox"/> Hepatitis (B, C) <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lymes <input type="checkbox"/> fiebre reciente, frialdades, la noche suda <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>Cáncer: (afectado tejido fino y fechas): _____</p> <p>Hormona: <input type="checkbox"/> Hyperthyroid <input type="checkbox"/> Hipotiroideo <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> otro: _____</p>	<p>Pulmón: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Pulm. Émbolo <input type="checkbox"/> shortness de la respiración <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>Vasos sanguíneos: <input type="checkbox"/> trombosis profunda de la vena <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis <input type="checkbox"/> Cirugía de puente <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> otro: _____</p>	<p>Corazón: <input type="checkbox"/> Ataque del corazón <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> desorden de la válvula <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Corazón congestivo Falta <input type="checkbox"/> Hipertrofia cardiaca <input type="checkbox"/> Trasplante del corazón <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>Gastrointestinal: <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Appendectomy <input type="checkbox"/> Vesícula biliar <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Crohns <input type="checkbox"/> otro _____</p>	<p>Riñón: <input type="checkbox"/> Piedras del riñón <input type="checkbox"/> pérdida de control <input type="checkbox"/> Infección de la zona urinaria <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>Reproductivo: Hombres: <input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata <input type="checkbox"/> Hernia Mujeres: <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Quistes ováricos <input type="checkbox"/> ¿Embarazado? _____ Fecha debida _____ <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>Diabetes: <input type="checkbox"/> ¿Diabético? _____ <input type="checkbox"/> Insulina dep.?</p>	<p>Neurológico: <input type="checkbox"/> Asimientos <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> Guillain-Barra <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>Piel: <input type="checkbox"/> Celulitis <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Scleroderma <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>Ortopédico: <input type="checkbox"/> fracturas <input type="checkbox"/> dislocaciones <input type="checkbox"/> cirugía _____</p>
---	---	--	--	---

Firma de Therapist _____ Firma del paciente _____

Servicio físico de la terapia de los medicos

Consentimiento para el cuidado y el tratamiento

I, el representante infrascrito o señalado para el paciente, acuerda y da por este medio mi consentimiento para que el servicio físico de la terapia de los médicos equipe cualesquiera y todo el to _____ de la asistencia médica y del tratamiento considerado necesarios y apropiados en diagnosticar y/o tratar su condición física. Entiendo que no se hace ningunas garantías o promesas referente al resultado del tratamiento.

Paciente/guarda/partido responsable

Fecha

Forma paciente del consentimiento de la información

He leído y entiendo completamente el aviso del servicio físico de la terapia de los médicos de las prácticas de la información. Entiendo que la terapia física de los médicos puede utilizar o divulgar mi información personal de la salud para los propósitos de realizar el tratamiento, obteniendo el pago, evaluando la calidad de los servicios proporcionados y de cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo la derecha de restringir cómo mi información personal de la salud es utilizada y divulgada para el tratamiento, el pago, y las operaciones administrativas notificando la práctica. También entiendo que el servicio físico de la terapia de los médicos considerará los pedidos la restricción caso por caso, pero no tengo que convenir los pedidos restricciones.

Consiento por este medio al uso y al acceso de mi información personal de la salud para los propósitos según lo observado en el aviso del servicio físico de la terapia de los médicos de las prácticas de la información. Entiendo que conservo la derecha de revocar este consentimiento notificando la práctica en escribir en cualquier momento.

Nombre paciente

Paciente/guarda/partido responsable

Fecha

Servicio físico de la terapia de los médicos

Mientras que en las premisas del servicio físico de la terapia de los médicos cada paciente es responsable el suyo o de sus propias pertenencia. El servicio físico de la terapia de los médicos renuncia toda la responsabilidad por los artículos personales a la izquierda desatendidos.

Política del pago

Como cortesía a todos nuestros pacientes, mandamos la cuenta a su compañía de seguros después de que se haya verificado la cobertura. Es la responsabilidad del paciente saber y entender lo que hace y no cubre su compañía de seguros. El servicio físico de la terapia de los médicos verifica cobertura de seguro en todos sus pacientes incluyendo deductibles, co-insurance, y cantidades copay de la oficina. El servicio físico de la terapia de los médicos notifica a cada paciente en la escritura de su cobertura de la ventaja. Sin embargo, el servicio físico de la terapia de los médicos no acepta la responsabilidad del exactitud de la información proporcionada a nosotros por su compañía de seguros. En cualquier caso, la cuenta entera es la responsabilidad del paciente. Cualquier pago excesivo será consolidado puntualmente.

Miembros de HMO o de PPO: Copays es debido a la hora de cada visita

Nuestro contrato con su compañía de seguros dicta que recogemos el copayment especificado a la hora de servicio.

Aceptamos efectivo, cheques personales, VISA, Mastercard, American Express, y la Discover

el ** allí es un honorario de proceso vuelto del cheque de \$25.00 por ** de la ocurrencia

Seguro privado: Las cantidades deducibles y del co-insurance se mandan la cuenta mensualmente una vez que su compañía de seguros haya procesado su demanda. El pago por completo es debido en el plazo de 20 días de la fecha de la declaración. Esas cuentas no pagadas por completo después de la fecha debida se pueden poner con una agencia de colección. El partido paciente/responsable puede ser responsable para 100% de los costes de la colección, de los honorarios razonables del abogado, y de otros costes que se puedan incurrir en para hacer cumplir la colección de cualquier cantidad excepcional. El hasta 50% del equilibrio principal del paciente debido se pueden agregar a los honorarios de colección una vez que la cuenta se remita a la agencia de colección.

He leído y entiendo la política del pago.

Paciente/guarda

Fecha

Testigo

Fecha

Política de la cancelación

Estamos enterados que es a veces imposible guardar su cita programar. Sin embargo, solicitamos que usted nos informe 24 horas en avance así que podemos programar a otro paciente en su lugar. Tenemos un contestador automático disponible para los mensajes después de horas y el fines de semana. Si usted no nos informa y no demuestra para su cita, habrá \$25. la carga 00 mandó la cuenta directamente a usted, no su compañía de seguros. Esta política nos ayuda a servir a todos nuestros pacientes con eficacia. Gracias por su cooperación.

He leído y entiendo la política de la cancelación.

AVISO DE LAS PRÁCTICAS PACIENTES DE LA INFORMACIÓN

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA O SER DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN. REPÁSELO POR FAVOR CUIDADOSAMENTE.

Eficaz: 4-14-03

DEBER LEGAL del servicio físico de la terapia de los médicos

El servicio físico de la terapia de los médicos es requerido por la ley para proteger la aislamiento de su información personal de la salud, para proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de la información y para seguir las prácticas de la información que se describen adjunto.

Aplicaciones y accesos de la información de la salud

El servicio físico de la terapia de los médicos utiliza su información personal de la salud sobre todo para el tratamiento; obtención del pago para el tratamiento; actividades administrativas internas que conducen y evaluación de la calidad del cuidado que proporcionamos. Por ejemplo, el servicio físico de la terapia de los médicos puede utilizar su información personal de la salud para entrarle en contacto con para proporcionar recordatorios de la cita, o la información sobre los alternativas del tratamiento u otras ventajas relativas a la salud que podrían estar de interés a usted.

El servicio físico de la terapia del médico puede también utilizar o divulgar su información personal de la salud sin la autorización previa para los propósitos de la salud pública, para revisar propósitos, porque estudios de la investigación y para las emergencias. También proporcionamos la información cuando son requeridos por la ley.

En cualquier otra situación, la política del servicio físico de la terapia de los médicos es obtener su autorización escrita antes de divulgar su información personal de la salud. Si usted provee de nosotros una autorización escrita de lanzar su información, usted puede revocar más adelante esa autorización de parar los accesos futuros en cualquier momento.

El servicio físico de la terapia del médico puede cambiar su política en cualquier momento. Cuando se realizan los cambios, un aviso nuevo de las prácticas de la información será fijado en el cuarto que espera y proporcionado usted en su visita siguiente. Usted puede también solicitar una copia actualizada de nuestro aviso de las prácticas de la información en cualquier momento.

Las derechos individuales del paciente

Usted tiene la derecha de repasar o de obtener una copia de su información personal de la salud en cualquier momento. Usted tiene la derecha de solicitar que corregimos cualquier información inexacta o incompleta en sus expedientes. Usted también tiene la derecha de solicitar una lista de los casos donde hemos divulgado su información personal de la salud por razones con excepción del tratamiento, del pago o de otros propósitos administrativos relacionados.

Usted puede también solicitar en la escritura que no utilicemos o divulga su información personal de la salud para el tratamiento, el pago y los propósitos administrativos excepto cuando es autorizado específicamente por usted, cuando está requerido por la ley o en circunstancias de la emergencia. El servicio físico de la terapia de los médicos considerará todas tales peticiones en un caso por base del caso, pero la práctica no se requiere legalmente de aceptarlas.

Para más información o divulgar una queja

Si usted tiene preguntas y quisiera la información adicional, usted puede entrar en contacto con al oficial de la aislamiento de la práctica, a Letha Molinero o a Tamara Galloway, pinta (dueño de la práctica) en (602) 230-4478. Si usted es tratado que el servicio físico de la terapia de los médicos pudo haber violado las sus derechos de la aislamiento o si usted discrepa con cualesquiera decisiones nosotros ha hecho con respecto el acceso o al acceso de su información personal de la salud, entre en contacto con por favor a nuestro oficial de la aislamiento en la dirección enumerada abajo. Usted puede también enviar una queja escrita al departamento de los E.E.U.U. de los servicios de salud y humanos.

Servicio físico de la terapia de los médicos
Letha Miller, oficial de la aislamiento
Caja 32490 del PO
Phoenix, AZ 85064
Tel. 602 230-4478
Fax 602 230-9962

Oficina para las derechos civiles
Departamento de los servicios de salud y humanos
Avenida de la independencia 200, interruptor
Sitio 509F, edificio de HHH
Washington, Dc 20201

FORMA PACIENTE DEL CONSENTIMIENTO DE LA INFORMACIÓN

He leído y entiendo completamente el aviso FÍSICO del SERVICIO de la TERAPIA de los MÉDICOS (PPTS) de las prácticas de la aislamiento de la información. Entiendo que PPTS puede utilizar o divulgar mi información personal de la salud para los propósitos de realizar el tratamiento, obteniendo el pago, evaluando la calidad de los servicios proporcionados y de cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo la derecha de restringir cómo mi información personal de la salud se utiliza y se divulga para el tratamiento, el pago, y las operaciones administrativas si notifico la práctica. También entiendo que PPTS considerará los pedidos la restricción caso por caso, pero no tengo que convenir los pedidos restricciones.

Consiento por este medio al uso y al acceso de mi información personal de la salud para los propósitos según lo observado en el aviso de PPTS de las prácticas de la aislamiento de la información. Entiendo que conservo la derecha de revocar este consentimiento notificando la práctica en escribir en cualquier momento.

Nombre paciente

Firma

Fecha

También autorizo PPTS para utilizar mi información protegida de la salud para la comercialización apuntada, movilización de fondos, y/o la solicitud de la participación en la investigación estudia. Entiendo que tengo la derecha de copiar o de examinar cualquier información usada para estos propósitos. También entiendo que esta autorización no afecta mi consentimiento para utilizar mi información protegida de la salud para el tratamiento, la facturación, o las operaciones relacionadas con el tratamiento y la facturación.

Nombre paciente

Firma

Fecha