



FORMULARIO DE ADMISION DEL PACIENTE(1/2)

Fecha De Nacimiento _____ Nombre Del Paciente: _____
 Direccion: _____ Genero: M F
 Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____ Tel de Casa _____
 Celular: _____ Correo Electronico: _____
 Contacto Preferido Para Recordatorio De Citas: Texto Correo Electronico No Contactar
 Tenemos Permiso Para Dejar Mensaje De Voz? Si No Otro: _____
 Menor De 18? Si No En Caso, Nombre Del Padre/Tutor: _____

Tipo De Seguro Personal Reclamos De Compensacion De Trabajo Accidente De Auto

Infor add'

Como Supo De Nosotros? (Ejemplo; Doctor, En Linea , Amigo/a, etc..) _____
 PCP _____ Nombre De Practica _____ Telefono _____
 Fecha De Inicio _____ (Si Corresponde) Fecha De Proxima Cita _____
 Es Esta Una Lesion De Accidente Automovilistico? SI No

Informacion Del Seguro:** Primario: _____ Secundario: _____
 **Ver verificacion y responsabilidad estimada para obtener informacion mas detallada

consentimiento para tratar

Yo, el abajofirmante, otorgo a Bay State Terapia Fisica y a sus afiliados mi autorizacion para evaluar y tratar mi lesion, Ademas entiendo que en el curso del tratamiento recomendado, mi condicion puede empeorar o podrian desarrollarse nuevos sintomas en ocasiones extraordinarias. Tambien, entiendo que no se me ha echo ninguna garantia o promesa con respecto a los resultados del tratamiento. Por ultimo, entiendo que las areas comunes son accedidas por otros pacientes, miembros del gimnasio e invitados y como resultado puede haber contacto incidental con informacion de salud personal

Firma: _____ Fecha: _____ Relacion al paciente: _____

Politica de no presentacion / cancelacion

Para que pueda tener el mejor resultado posible de su tratamiento, es esencial que asista a todas sus citas. faltar a las citas programadas dificulta en gran medida el progreso hacia sus metas y puede resultar en retrasar su recuperacion. Respetuosamente requerimos un aviso de 24 horas para cualquier cancelacion de cita, lo que nos permite la mejor oportunidad de acomodar a otro paciente que requiere tratamiento. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de visits perdida si se da menos de 24 horas de anticipacion. Las excepciones serian emergencia, enfermedad o inclemencias de tiempo.

NO CANCELE si se siente peor o cree que el tratamiento no esta funcionando. Por favor, comprenda que su dolor fluctuara a medida que progresa su curso de tratamiento. Asista a su cita y discuta cualquier cambio con su PT o DC

NO CANCELE si se siente mejor, mantenga su cita para avanzar en su plan de atencion y prepararse para el alta.

Firma: _____ Fecha: _____ Relacion al paciente: _____

PATIENT INTAKE FORM (2/2)

Aviso de prácticas de privacidad y divulgación de información

Yo, el abajofirmante, he leído y entiendo el aviso de Practicas de Privacidad. Bay State Terapia Fisica y sus afiliados* se reservan el derecho de modificar la privacidad descrita en este aviso.

Firma: _____ Fecha: _____ Relacion al paciente: _____

Entiendo que Baystate Terapia Fisica y sus afiliados* pueden usar o divulgar mi informacion personal de salud (PHI) con el proposito de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operacion administrativa relacionada con el tratamiento o los pagos. Entiendo mas a fondo, tengo el derecho de restringir la forma en que se usa y divulga mi PHI para el tratamiento, el pago y la operacion administrativa si notifico la practica. Tambien entiendo que Baystate Terapia Fisica y sus afiliados* consideraran las solicitudes de restriccion caso por caso, pero no tienen que aceptar las solicitudes de restricciones.

Por la presente, autorizo a una o todas las partes designadas que se enumeran a continuación a solicitar y recibir la liberación de cualquier PHI con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas con mi tratamiento y pago. También entiendo que la identidad de las partes designadas debe verificarse antes de la divulgación de cualquier información.

Please provide the name(s) of the individual(s) who you will allow to receive any part(s) of your health record.

Persona Autorizada: _____ Numero Y Relacion: _____

Personal Autorizada _____ Numero Y Relacion: _____

Nombre Del Paciente _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Si menor de 18 _____ Relacion al paciente: _____

Politica Financiera

Como un servicio a nuestros pacientes, verificaremos sus beneficios con su compañía de seguros. Sin embargo, es responsabilidad del paciente estar al tanto de sus opciones dentro / fuera de la red, así como el acuerdo contractual que tienen con su compañía de seguros según su póliza. Es responsabilidad del paciente iniciar una derivación cuando sea necesario.

Los pacientes DEBEN informarnos inmediatamente cualquier cambio en sus planes de seguro. Cualquier denegacion en los servicios ya prestados como resultado de no informar los cambios sera responsabilidad financiera del paciente. Aunque hacemos todo lo posible para ayudar a nuestros pacientes a tratar con sus companias de seguros, no podemos servir como negociadores del contrato entre estas dos partes. En ultima instancia, es responsabilidad del paciente resolver cualquier denegacion de seguro directamente con su compania de seguros cuando la denegacion no es culpa de nuestra practica

Entiendo y acepto que los formularios de reclamo de seguro se enviarán a mi compañía de seguros en mi nombre solo por conveniencia y que soy responsable de todos los cargos, independientemente de mi cobertura médica existente. También entiendo que soy responsable de cualquier costo de bolsillo, como copagos, deducibles, coseguros y suministros médicos. Tambien entiendo que soy responsable de cualquier costo del bolsillo como copagos, deducibles, coseguros y suministros medicos.

Por la presente, doy autorización para que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a Bay State Physical Therapy y sus afiliados* por los servicios prestados. En el caso de que mi compañía de seguros me reenvíe el pago directamente, entregaré inmediatamente dicho pago a la clínica donde se prestaron los servicios.

Entiendo y acepto que soy totalmente responsable del pago de todos los cargos evaluados por los servicios profesionales prestados y pagaré cualquier suma adeudada a pedido. Además, entiendo que al no abordar mi saldo más allá del segundo ciclo de facturación puede someter mi cuenta a acciones de cobro. Entiendo y acepto que si se hace necesario que Baystate Terapia Fisica y sus afiliados utilicen una agencia de cobranza externa o inicien acciones judiciales para el cobro de cualquier cargo pendiente, sere responsable de saldo pendiente, asi como de los honorarios de abogados, costos judiciales y cualquier otro gasto relacionado.

Acepto divulgar la información médica o de otro tipo necesaria para procesar mi reclamo.

Entiendo que cualquier saldo no liquidado de un caso anterior debe resolverse antes de regresar para recibir atención.

Política de cheques devueltos: Cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes estará sujeto inmediatamente a una tarifa de procesamiento de \$ 30 además del valor del cheque. Los pacientes con una tarifa de cheque devuelto no podrán usar esta forma de pago en el futuro para productos o servicios.

Persona responsable de los cargos: _____
Porfavor printear Firma Fecha

* Bay State, Cypress, MCR, MVPT

Formulario De Historia Clinica

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento _____ Fecha: _____
 Altura: _____ Peso: _____

Historial Médico

Have you ever been diagnosed and/or treated for any of the following conditions (Mark all that apply):

CONSTITUCIONAL <input type="radio"/> Perdida de peso <input type="radio"/> Fatiga <input type="radio"/> Fiebre OJOS <input type="radio"/> Lentes/Contactos <input type="radio"/> Dolor ocular <input type="radio"/> Vision doble <input type="radio"/> Cataratas CARDIOVASCULAR <input type="radio"/> Murmullo <input type="radio"/> Dolor de pecho <input type="radio"/> Palpitaciones <input type="radio"/> Desmayos/hechizos <input type="radio"/> Falta de Aliento <input type="radio"/> Dificultad para acostarse <input type="radio"/> Hinchazón en los tobillos <input type="radio"/> Marcapasos/Desfibrilador	PSIQUIÁTRICO <input type="radio"/> Ansiedad <input type="radio"/> Depresión <input type="radio"/> Cambio de Humor <input type="radio"/> Dificultad para dormir RESPIRATORIO <input type="radio"/> Tos <input type="radio"/> Tos con sangre <input type="radio"/> Sibilancia <input type="radio"/> Escalofríos ENDOCRINO <input type="radio"/> Perdida de pelo <input type="radio"/> Intolerancia al calor <input type="radio"/> Intolerancia al frío <input type="radio"/> Diabetes Typo 1 o 2 ALERGIAS <input type="radio"/> Urticaria/Eczema <input type="radio"/> Fiebre Alta	GASTROINTESTINAL <input type="radio"/> Acidez estomacal/reflujo <input type="radio"/> Nausea/vomitos <input type="radio"/> Estreñimiento <input type="radio"/> Cambiar los Mvts intestinales <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Ictericia <input type="radio"/> Dolor abdominal <input type="radio"/> Soplado negro/sangriento GENITOURINARIO <input type="radio"/> Quema/Frecuencia <input type="radio"/> Horario nocturno <input type="radio"/> Sangre en la orina <input type="radio"/> Erectile Dysfunction <input type="radio"/> Fuga de vejiga <input type="radio"/> Fuga anormal HEMATOLOGIA/LINFA <input type="radio"/> Moretones facilmente <input type="radio"/> Las encias sangran facilmente <input type="radio"/> Agrandar las glándulas	PIEL <input type="radio"/> Erupciones/Llagas <input type="radio"/> Lesiones <input type="radio"/> Picazón/Ardor NEUROLÓGICO <input type="radio"/> Pérdida de fuerza <input type="radio"/> Entumecimiento <input type="radio"/> Cefaleas <input type="radio"/> Temblores <input type="radio"/> Perdida de Memoria CANCER <input type="radio"/> Fecha de diagnostico <input type="radio"/> Ubicación: <input type="radio"/> Estado:
---	---	--	---

Describe cualquier otra condición o precaución: _____

¿Lesionado como resultado de una caída en el último año? Si No En Caso afirmativo, _____
 ¿Ha tenido dos o más caídas en el último año? Si No En caso afirmativo, enumere las fechas de las caídas: _____

Historia quirúrgica

Por favor, enumere las cirugías/condiciones/hospitalizaciones pasadas Verifique para indicar una lista separada

	Fecha: _____
	Fecha: _____
	Fecha: _____
	Fecha: _____

RX Actual

Por favor, enumere todos los medicamentos, dosis, frecuencia y ruta Verifique para indicar una lista separada

Nombre: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____	Ruta: _____
Nombre: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____	Ruta: _____
Nombre: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____	Ruta: _____

Por favor, enumere cualquier alergia que tenga (es decir, medicamentos, látex, alimentos, picaduras de abejas)

Alguna informacion adicional: _____

Condición Actual

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento _____ Fecha de lesión/inicio: _____

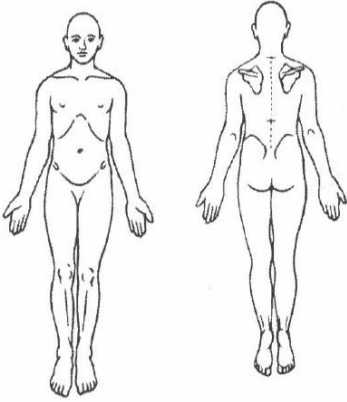
¿Para qué estás viendo nuestro PT o DC hoy? _____

¿Ha sido visto previamente por un PT o DC para esta condición? Si No *En caso afirmativo, cuantas visitas?* _____

¿Ha recibido atención ambulatoria/domiciliaria dentro de este año calendario por alguna razón? Si No

en su caso: Nombre de la empresa/contacto: _____ Fecha de D/C? _____ Numero: _____

Por favor, localice su dolor o síntomas anormales/ sensaciones marcando en el diagrama corporal a continuación.



Condición 1: _____

Dolor en el mejor de los casos: 0=Sin dolor 10=Dolor insoportable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor en el peor de los casos: 0= Sin dolor 10 =Dolor insoportable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Condición 2: _____

Dolor en el mejor de los casos: 0=Sin dolor 10=Dolor insoportable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor en el peor de los casos: 0= Sin dolor 10 =Dolor insoportable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Naturaleza del dolor/síntomas: (verifique todos los que correspondan)

- afilado persistente constante
 Insensibilizado palpitante ocasional
 ardor tiroteo periódico
 other: _____

¿Ha experimentado síntomas similares en el pasado?

- Si No

¿Más de un episodio? Si No

Alguna información adicional: _____

Fue el inicio de este episodio:

- gradual repentino

Desde el inicio de su condición, son sus síntomas:

- mejorado peor mismo

Sus síntomas son peores en:

- mañana tarde noche
 aumentado durante el día same all day

¿Qué agrava sus síntomas? (marque todo lo que corresponda)

- sentada En pie
 ir a/levantarse de estar sentado en cuclillas
 acostado sleeping
 caminando subir/bajar escaleras
 llegar por encima de la cabeza tos/estornudos
 llegar por delante del cuerpo respirar hondo
 llegar por detrás mirando hacia arriba por encima
 llegando a través del cuerpo flexión sostenida
 actividades domésticas recreaciones o deportes
incluido _____ incluido _____
 actividades repetitivas estrés
 otro _____

¿Qué alivia sus síntomas? (marque todo lo que corresponda)

- frío reposando sentado
 calor masaje parado
 reposo estiramiento acostado
 medicación ejercicio nada
 otro _____

¿El dolor te despierta por la noche? Si No

¿Cómo calificaría su salud general?

- Excellent Bien Promedio
 Justo Pobre

Situación de vida: vivir solo vivir con familia

- vivir con el cuidador vida asistida

Ajuste:

- escaleras (barandilla) sin escaleras elevador
 escaleras (sin barandilla) rampa terreno irregular

Firma: _____ Fecha: _____ Relación con el paciente si es menor de 18 años: _____