



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

Physical Therapy in a Fun Tropical Setting

BOLETIN DE INSCRIPCION (imprima por favor)

Fecha de hoy:	PCP:
---------------	------

INFORMACION DE PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Medio:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta	Estado Civil (marque uno) Casado/a Soltero/a Div Sep Viudo/a
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no es asi, cual es su nombre legal?	(nombre anterior):	Fecha de nacimiento: / /		Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio:		Numero de Seguro Social			Numero de Telefono
P.O. box:	Ciudad:	Estado:		Codigo Postal:	
Esta empleado:	Empleador:			Numero de empleador:	
Como escogio esta clinica (marquee una):		<input type="checkbox"/> Dr.	Telefono:		<input type="checkbox"/> Plan de Aseguransa <input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Cerca de casa o trabajo	<input type="checkbox"/> Yellow Pages	<input type="checkbox"/> Otro	
El paciente tiene aseguransa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

Direccion de correo electronico:	Proxima visita con su doctor :
----------------------------------	--------------------------------

RESPONSIBLE PARTY/INFORMACION DE ABOGADO

Apeillo:	Nombre:	Medio:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra	<input type="checkbox"/> Srta	Estado Civil (marque uno) Casado/a Soltero/a Div Sep Viudo/a
Circulo uno: Esposo/a Madre Padre Abogado					
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no es asi, cual es su nombre legal?	(nombre anterior):	Fecha de nacimiento: / /		Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio:		Numero de Seguro Social			Numero de Telefono
P.O. box:	Ciudad:	Estado:		Codigo Postal:	
Esta empleado:	Empleador:			Numero de empleador:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO (FAVOR DE PROPORCIONAR TARJETA DE ASEGURANZA Y DE IDENTIFICACION CON FOTO A LA RECEPCIONISTA)

Nombre primario del asegurado	Numero de Telefono	
ID#	Grupo#	Direcion segura:
Nombre asegurado:	Numero de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre secundario asegurado	Numero de Telefono	
ID#	# de Grupo	Direcion segura:
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Otro		
Lesión Automovilistico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Es demanda de lesión de trabajo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		
Nombre de asegurado del automóvil / Industrias del trabajo del nombre del asegurado:		
Direcion:	numero de telefono	Fax
Ajustador/encargado de la demanda:	Fecha que se lastimo:	# de caso

Información del abogado	Nombre de la firma:
--------------------------------	----------------------------

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del amigo o del pariente local (que no vive en la misma dirección):	Relación al paciente	Teléfono casero:	Teléfono del trabajo
--	----------------------	------------------	----------------------

La información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguro me pague directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo Main Street Physical Therapy o a la compañía de seguros a lanzar cualquier información requerida para procesar mis demandas.

Firma del paciente/del guarda	Fecha
-------------------------------	-------



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

**Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting**

QUESTIONARIO DE SALUD

Conteste por favor las preguntas siguientes basadas en sus condiciones actuales:

1. Fecha de inicio de su lesión/enfermedad o problema? (aproximadamente)

2. A tenido cirugía o a sido hospitalizado por su problema? Sí/No
Si es así, favor de proporcionar fechas: hospitalizado de _____ A _____.
Cirugía en _____

3. Ha recibido terapia para esta condición o una condición similar previamente? Sí/No
Si es así favor de poner las fechas:

4. Qué posiciones o actividades hacen su condición empeorar?

5. Qué posiciones o actividades hacen su condición mejorar?

6. Cuando empeoran sus síntomas, por la mañana o por la noche?

7. Favor de apuntar cualquier otra condición médica que tenga. (ejemplos: ataque al corazón, presión alta, diabetes, etc.)

8. Cuáles son los nombres de sus medicamentos actuales y dosis (incluyendo sin receta hierbas, suplementos de vitamina/minerales/dietéticos/de la salud)? Utilice el espacio de atrás si es necesario, o dénos una lista por escrito.

9. Usted ha tenido pruebas especiales realizadas con respecto a esta condición? (por ejemplo, radiografía, MRI,) si es así enumeran por favor:

10. Esta empleado/a actualmente?

11. Su condición se relaciona con su empleo? Sí/no



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

**Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting**

QUESTIONARIO DE LA SALUD (CONTINUADO)

12. Cómo está su salud en general?

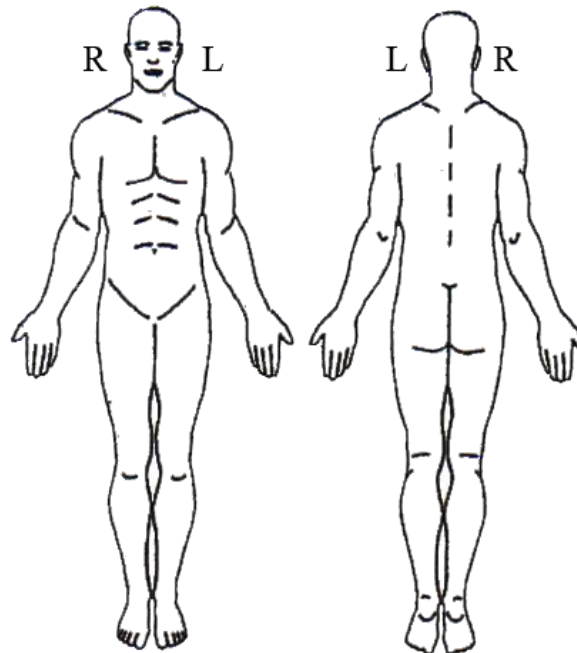
13. Se ha caído durante el año pasado? Sí/No

Si es así: cuántas veces?

Se dan una o varias partes del cuerpo? Si/No

Si es así describa las áreas del cuerpo afectadas:

14. Dibuje por favor en las superficies gráficas del cuerpo donde usted está teniendo síntomas o quejas: (por ejemplo, dolor, entumecimiento que zumba, tiesura (tieso), debilidad) Circule las palabras que describen sus síntomas: agudo, embotado, dolor, entumecido, zumbando, tenso, débil, otro: ----



Verifico que la información antedicha esta completa y exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma (paciente o representante)

Fecha



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY
Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO MEDICO A MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

Concedo permiso a Main Street Physical Therapy P.C. para realizar las examinaciones y los procedimientos médicos y terapéuticos profesionalmente juzgados necesarios o recomendables para mi diagnosis y tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER INFORMACIÓN MEDICA

Concedo el permiso a Main Street Physical Therapy P.C. para:

1. Proporsionar información médica del paciente que se referiara a médicos, proveedores de asistencia sanitaria, las compañías de seguros, y a otros patrocinadores de los terceros para facilitar cuidado médico, el proceso de demandas, y los pagos de la intervención para todo tratamiento.
2. Información básica del paciente con respecto a fechas horas a citas de miembros de familia (padres, esposos, niños adultos, guardas), y cuidadores.

ACUERDO FINANCIERO

Todos los pacientes, a excepción de Mercy Care, Evercare, APIPA, AHCCCS, y Industrial seran responsable de pago. Si es una aseguranza privada, yo sere responsable de la cantidad completa a partir de fecha de la entrega. Si mi seguro no paga la cuenta a tiempo, o si no puedo pagar dentro de treinta (30) días, yo sere responsable por el pago. Le notificaré de cualquier cambio en estado del seguro. Entiendo que la información es solo un presupuesto hasta que se presente y se repase para la justificación médica y beneficie la determinación. Esta oficina acepta la aseguranza de Medicare y de Tricare. Acuerdo pagar todos los pagos o las cantidades sin reembolso. Tambien los copagos del seguro médico del programa parte B de Medicare y/o del seguro secundario. Para que a su seguro se le mande la cuenta, se requiere una recata válida y información apropiada del seguro cuando se hagan los servicios. Una nueva receta se requiere cada 30 días para los pacientes de Medicare.

He leído, entiendo, y acepto los términos mencionados anteriormente:

Firma: _____ Fecha: _____

Si es firmado por la persona con excepción de paciente, proporcione por favor la relación al paciente.



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

**MAIN STREET PHYSICAL THERAPY
POLÍSA DE FALTA /CANCELACION**

Nos esforzamos para proveer a todos nuestros pacientes el mejor cuidado posible y utilizar nuestro/su tiempo eficientemente. Al hacer sus citas, recuerde favor lo siguiente:

- ❖ Le pedimos que usted muestre consideración a su terapeuta y a otros pacientes (que pueda necesitar las citas) en notificar 24 horas por adelantado si usted tiene que cancelar su cita. La cancelación sin suficiente aviso, o si falta a su cita, resulta en un aumento de \$25 a su cuenta, el cual su seguro no cubrirá. Todas las citas faltadas serán documentadas en su expediente médico.
- ❖ Permitimos que falte hasta 2 visitas, pues entendemos que hay situaciones que ocurren más allá de su control.
- ❖ Si usted cancela 3 visitas, será dado de alta. Esto será decidido dependiendo de cada caso en particular.
- ❖ Si usted falta 3 visitas, se le dará de alta por incumplimiento, y su médico será notificado.
- ❖ Recuerde que somos flexibles con los cambios de citas, pero nos tiene que notificar con tiempo. Nuestro número de oficina es (928) 580-5769 o usted puede dejar mensajes al (928) 343-7828. Si deja un mensaje nuestra oficina le llamará el próximo día laboral para confirmar que su mensaje fue recibido.

He recibido y entiendo la póliza de falta/ cancelación.

Firma paciente

Fecha



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY
Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

Aviso De Acta De Privacidad

Yo, _____recibi

Una copia de la acta de privacidad.

Firma

Fecha



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY
Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

ACTA DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO LE EXPLICA COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA, REVELADA, Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR EXAMÍNELO CON CUIDADO.

1) Main Street Physical Therapy, usara su información de salud medica (ISM) con el proposito de su tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica.

El tratamiento incluye reveler su información de salud a otros abastecedores que le han mandado para servicios o están implicados en su cuidado. Esto puede incluir a doctores, enfermeras, técnicos y otros fisioterapeutas. Por ejemplo, un paciente que halla sufrido un embolio se beneficiaría de una evaluación por un patólogo. (doctor especializado en habla) La información que compartiremos con el patólogo sería considerada como revelación de su informacion medica.

El pago incluye la información a su compañía de seguros, asistencia médica y Medicare para que se pague por los servicios obtenidos. Su compañía de seguros puede hacer una petición para examinar su expediente médico para determinar que su cuidado es necesario.

Otros Usos Especiales

Main Street Physical Therapy puede usar su INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL para enviarle un recordatorio de cita.

Regulaciones Requeridas por ley

Las regulaciones de información medica permiten o requieren que nosotros usemos o revelemos su información de los modos siguientes: podemos compartir información de salud personal con un miembro de familia, amigo/a implicado a su cuidado de salud. Podemos usar su información de salud personal en una situación de emergencia cuando usted no pueda expresarse. Tambien usaremos su informacion por las siguientes razones: por cuestiones de investigación, cuando es requerida por ley, para reportar cierta enfermedad, si su vida, otra vida, o la del publico esta en riesgo, para el programa de compensacion de trabajo y programas similares. Tambien si esta en la militar podemos proporcionar informacion a autoridades militares adecuadas. Cumpliremos con estos requisitos si obtenemos su atORIZACION y nos brindan la seguridad que su informacion será protegida. Para poder proceder con estas regulaciones deberemos tener su concentimiento absoluto.

ACTA DE PRIVACIDAD



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY
Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting

(CONTINUACION)

2) SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Restricciones

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en como se usa su ISP, sin embargo, no se requiere que nosotros estemos de acuerdo con su petición. Si llegamos a estar de acuerdo, debemos cumplir con su petición.

Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar una comunicación confidencial con nosotros en la ubicación de su elección. Esta petición debe ser por escrito.

Acceso a su ISP

Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su registro médico. Usted debe hacer esta petición por escrito y podemos cobrar unos honorarios para cubrir los gastos de copia y envío.

Enmiendas

Si usted no está de acuerdo con lo que contiene su expediente, usted tiene el derecho de solicitar una enmienda o un cambio a su información de salud privada. Esta petición debe ser hecha por escrito. Si no estamos de acuerdo con usted, no estamos obligados en hacer el cambio. Usted tiene el derecho de presentar una declaración en escrito sobre por qué está en desacuerdo y será agregada a su expediente. No podemos enmendar o cambiar nada en su expediente que nosotros no hemos creado o que no ha sido agregado por nosotros.

Después del 14 de abril de 2003, usted tiene el derecho de solicitar su información médica de los seis años anteriores. Esta información le hará saber como y cuando su información fue utilizada. Este reporte no incluirá cobros, pagos, citas, o visitas autorizadas.

Quejas

Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, usted tiene el derecho de quejarse con nosotros por escrito con toda confianza. Su queja deberá contener bastante información específica para que nosotros podamos investigar específicamente y responder formalmente a su queja. Si usted no está satisfecho con nuestra respuesta, usted puede quejarse directamente a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

Nuestro Deber de Proteger Su Privacidad

Se requiere que cumplamos con las regulaciones de información privada de salud federales manteniendo la privacidad de su información de salud personal. Estas reglas requieren que nosotros le proveamos este documento, nuestro Aviso de Prácticas Privadas. Reservamos el derecho de actualizar este aviso de ser requerido según la ley en cualquier momento. Si actualizamos este aviso usted recibirá un nuevo aviso cuando regrese a su tratamiento.



MAIN STREET PHYSICAL THERAPY

**Physical Therapy in a
Fun Tropical Setting**

**ACTA DE PRIVACIDAD
(CONTINUACION)**

Contacto Privado

Si le gustaria más información sobre nuestra Acta de Privacidad o poner una queja, usted puede ponerse en contacto con:

Mark o Cindy Plante
381 S. Main Street
Yuma, AZ 85364
(928) 343-7828

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso entrará en vigor el 14 de abril de 2003.