

MILLENNIUM PHYSICAL THERAPY

A) FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE

1) Nombre del paciente: _____ 2) Número de seguro social: _____

3) Teléfono de Casa: (____) _____, Celular: (____) _____, Trabajo (____) _____

4) Dirección: _____

(Ciudad, Estado, Código Postal)

5) Genero: M F 6) Fecha de Nacimiento: ____/____/____

7) Estado Civil: S:____ C:____ Otro:____

8) Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Número de Emergencia: (____) _____

B) INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO:

1) Nombre de Seguro Medico: _____

(Favor de verificar con personal de recepción si existen requisitos para proceder con el tratamiento de fisioterapia)

2) Nombre del Asegurado: _____ 3) Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada: __/__/__

4) Número de seguro social de la persona asegurada: _____

5) Número de indentificación del seguro: _____

* Seguro Medico Secundario

1) Nombre de Seguro Medico: _____

2) Nombre del Asegurado: _____

3) Fecha de Nacimiento de la Personal Asegurada: ____/____/____

4) Número de seguro social de la persona asegurada: _____

5) Número de indentificación del seguro: _____

C) ES ESTE UN CASO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES? SI NO

(Si no lo es, procede a la Sección D)

a. Fecha de Accidente: ____/____/____ b. Nombre de la Compañía: _____

c. WCB#: _____ y Número del Caso: _____

d. Nombre del Ajustador: _____ No. Telefonico: _____

e. Nombre del Empleador: _____ No. Telefonico: _____

Dirección: _____ No. De Fax: _____

f. Nombre de Abogado: _____ No. Telefonico: _____

Dirección: _____ No. De Fax: _____

MILLENNIUM PHYSICAL THERAPY

D) ES ESTE UN CASO DE SIN CULPA? SI NO

(Si no lo es, precede a la Sección E)

a. Fecha de Accidente: ___/___/___ b. Nombre de la Seguridad: _____

c. Número de reclamo: _____ y Número de Póliza: _____

d. Nombre del Ajustador: _____ No. Telefonico: _____

e. Nombre del Empleador: _____ No. Telefonico: _____

Dirección: _____ No. De Fax: _____

f. Nombre de Abogado: _____ No. Telefonico: _____

Dirección: _____ No. De Fax: _____

E) Médico Remitente: _____ (medico que le refirió)

1) Parte del cuerpo indicado de su doctor para fisioterapia

Cuello Espalda Hombro Codo Muñeca/Mano Rodilla Pie/Tobillo Cadera

Otro: _____

2) Ha recibido servicios de terapia fisica para este problema en este año”

SI : En caso afirmativo, describa la frecuencia y duración del tratamiento: _____

NO : Ha recibido servicios de fisioterapia este año para otro problema? SI NO

3) Alguna vez, ha recibido servicios de terapia fisica? SI NO

F) Cómo se enteró acerca de nosotros? (por favor marque uno)

Doctor Familia Amistad Anuncio de TV

Anuncio Publicitario Sitio Web Otro: _____

G) Por favor, indique su dirección de correo electronico para enviarle nuestro boletín mensual:

ASIGNACION

Yo, el firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro medico con _____ y asigno directamente a **Millennium PT P.C.** todos los beneficios del seguro de no tenrios me hago responsable por los servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos cubiertos o no por el seguro. Yo autorizo a **Millennium PT P.C.** facilitar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro.

X _____
Firma del Responsable

X _____
Nombre del Responsable

X _____
Fecha

MILLENNIUM PHYSICAL THERAPY

HISTORIAL MEDICO:

FAVOR DE MARCAR SI HA TENIDO LO SIGUIENTE:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Lesiones de Espalda |
| <input type="checkbox"/> Ataques al Corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Latigazo Cervical |
| <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Sirugia al Corazón | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonaría |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Lesiones alaquijada |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dislocación | <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales |

FAVOR DE MARCAR SI HA PRESENTADO LO SIGUIENTE:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Maréo | <input type="checkbox"/> Hormigueo, endurecimiento o perdida de sensación |
| <input type="checkbox"/> Caídas | <input type="checkbox"/> Desequilibrio | <input type="checkbox"/> Dolor al toser o destomudar |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Fatiga inusual | <input type="checkbox"/> Cambio en los habitos intestinales y del la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Dolor Muscular | <input type="checkbox"/> Debilidad inusual | <input type="checkbox"/> Descoloración de piel |
| <input type="checkbox"/> Al descansar | <input type="checkbox"/> Doble Vision o vision borrosa | |
| <input type="checkbox"/> Dolor constante al hacer Movimientos | <input type="checkbox"/> Perdida de peso inexplicable | |
| | <input type="checkbox"/> Falta de respiración | |

POR FAVOR ENUMERE CUALQUIER CIRUGÍA MAYOR Y HOSPITALIZACIONES

_____ FECHA: _____
_____ FECHA: _____

FUMA? SI / NO ESTA EMBARAZADA? SI / NO ALERGIAS SI / NO _____

MEDICAMENTOS: _____

FAVOR DE MARCAR LOS SIGUIENTES PRUEBAS QUE SE HAN LLEVADO A CABO:

___ Radiografías	Fecha: _____	Resultado: _____
___ MRI	Fecha: _____	Resultado: _____
___ EMG/NCV	Fecha: _____	Resultado: _____

Describe su problema: _____ Fecha de inicio: _____

1. **DOLOR:** Califique su dolor. Cuando 0 = Sin Dolor y lo 10 = Dolor Maximo: _____

FAVOR DE MARCAR LO QUE DESCRIBA SU DOLOR:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Constante | <input type="checkbox"/> Creciente | <input type="checkbox"/> Dolor en la noche | <input type="checkbox"/> Dolor Apagado |
| <input type="checkbox"/> Intermitente | <input type="checkbox"/> Decreciente | <input type="checkbox"/> Rigidez | <input type="checkbox"/> Dolor Afilado |
| <input type="checkbox"/> Dolor al levantar | <input type="checkbox"/> Ocasional | <input type="checkbox"/> Ectatico | |

El dolor **empeora** con: _____

El dolor **se mejora** con: _____

2. Como calificaría su habilidad de realizar sus actividades de rutina?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3. Como calificaría su habilidad de realizar actividades relacionadas con su trabajo?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Yo, _____ aprecio toda la información a lo mejor de mi conocimiento en el momento de mi visita y notificaré a esta oficina si cualquier información ha cambiado durante mi tratamiento bajo el cuidado de MPTSM.

Firma: _____ Fecha: _____

MILLENNIUM PHYSICAL THERAPY

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MEDICA

Aunque Millennium Physical Therapy no es requerido por ley obtener un consentimiento firmado por usted para fines de tratamiento, pago o atención médica, le recomendamos que firme este consentimiento para que este el tanto de nuestras prácticas en relación con la protección de su información de salud personal.

Si usted desea obtener una descripción más completa de los usos y divulgaciones de su información de salud protegida, usted tiene el derecho de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.

La notificación está disponible comunicándose con el oficial de privacidad. Tenga en cuenta que Millennium Physical Therapy reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en la convocatoria. Si desea obtener un aviso revisado, por favor pongase en contacto con el oficial de privacidad.

Al firmar este consentimiento, usted acepta que Millennium Physical Therapy pueda usar o revelar su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Usted tiene el derecho de pedir a Millennium Physical Therapy que restrinjan en como su información de salud protegida sea utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, Millennium no está obligado a acceder a tales restricciones. Si Millennium Physical Therapy está de acuerdo con las restricciones que usted solicita, dicha restricción será vinculante.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que Millennium Physical Therapy ha tomado acciones de seguridad para su consentimiento.

CONOCIMIENTO DEL CONTRATO

Doy mi consentimiento a Millennium Physical Therapy para el envío de información de salud protegida en caso de que este recibiendo tratamiento pero no este asegurado bajo mi póliza de seguro. Dicha información puede incluir una explicación de beneficios y facturas con respecto a mi tratamiento. Entiendo que si me niego a que esa información se envíe por correo, puedo notificar a Millennium Physical Therapy de mis objetivos y completar una solicitud de Restricción y Revelación de información.

Además, entiendo y acepto el riesgo de divulgación no intencional de mi información de salud protegida debido a que el área de tratamiento es un área abierta donde yo y otros pacientes son tratados simultáneamente. Entiendo que mi información de salud protegida puede ser inadvertidamente escuchada por otros pacientes y o terapeutas. También estoy de acuerdo de no revelar información de salud protegida que usted pudiera oír sobre otro paciente mientras esté recibiendo tratamiento en el área de tratamiento.

Yo autorizo a Millennium Physical Therapy divulgar mi información de salud protegida a las siguientes personas.

Nombre: _____ **Relación al paciente:** _____

Nombre: _____ **Relación al paciente:** _____

He recibido o una copia de la notificación de privacidad de Millennium Physical Therapy.

Notifico que he leído las provisiones en este consentimiento. Yo entiendo y estoy de acuerdo con los términos de este consentimiento.

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del paciente o representante: _____

Nombre del Representante: _____ **Relación al paciente:** _____