

Formulario de admisión de fisioterapia

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Quién te refirió? _____

Historia

Frecuencia de ejercicio: _____ Tipo(s) de ejercicio: _____

¿Usted fuma? Sí | No

¿Alguna vez has fumado? Sí | No

¿Con qué frecuencia? Sí | No

¿Estás embarazada? Sí | No

¿Tiene un marcapasos? Sí | No

Alergias: _____

¿Qué medicamento está usando actualmente? _____

Quejas/cirugías previas: _____

Diagnósticos previos/mediación: _____

Queja

¿Cuál es su principal queja? _____

Fecha de inicio: _____ Posible causa: _____

Síntomas: _____

Médicos anteriores atendidos por queja: _____

Tratamiento previo para la queja: _____

Síntomas Factores Agravantes: _____

Factores de alivio de los síntomas: _____

Los síntomas de la hora del día son mejores: _____

Duración actual del dolor: constante intermitente con ciertos movimientos

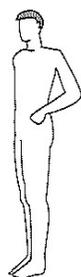
Nivel actual de dolor: leve moderado severo insoportable

¿Su dolor está mejorando o empeorando? _____ ¿Ha tenido esta lesión antes? _____

¿Tienes alguno de los siguientes hoy? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Infección ósea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dependencia química | <input type="checkbox"/> Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Infección ocular | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja | <input type="checkbox"/> Infección articular/ósea | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Problemas musculoesqueléticos | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> ETS | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Infección urinaria |

Marcar el área de incomodidad



Firma del paciente: _____

Fecha: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (AOB), DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI) Y ACUERDO FINANCIERO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas**, su proveedor de atención médica. La siguiente es nuestra Política Financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras políticas de pago, no dude en preguntar al personal de nuestra oficina comercial. Pedimos que todos los pacientes lean y firmen nuestra Política Financiera antes de ver a un proveedor de atención médica.

La parte del pago de un paciente, incluido el copago, el deducible y/o el saldo a cuenta, se debe pagar en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el Departamento de Facturación.

Aceptamos asignaciones con la mayoría de las principales compañías de seguros y planes de proveedores participantes. Sin embargo, debes entender que:

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. NO somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Verificamos sus beneficios como cortesía y no garantizamos cobertura o pago. número arábigo. Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no.
3. Las tarifas por los servicios, junto con los deducibles y copagos no pagados, se deben pagar en el momento del tratamiento.
4. Si la compañía de seguros no paga su saldo en su totalidad dentro de los 30 días, le pedimos que se comunique con la compañía para solicitar el pago inmediato. Por favor, informe a nuestra oficina de la respuesta del transportista.
5. Los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo de cobro de \$25.00. Si el cheque no se recoge dentro de los 10 días, el cheque puede ser entregado a la policía.
6. La no presentación o las cancelaciones sin previo aviso de 24 horas están sujetas a un cargo de \$ 25.00.
7. Los saldos impagos de más de 90 días pueden estar sujetos a cobro a través de un tribunal de reclamos menores, un abogado y/o una agencia de cobro con tarifas de cobro aplicables. Todos los gastos de cobro son responsabilidad del paciente.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su saldo. Le animamos a que nos comunique cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarle en la gestión de su cuenta.

Autorización para divulgar información de facturación y asignación de beneficios de seguro: Autorizo la divulgación de **CUALQUIER** información médica, incluidos los registros de abuso de sustancias, salud mental y VIH/SIDA, necesarios para actuar sobre **CUALQUIER** reclamo de seguro médico y permitir que se utilice la reproducción fotográfica u otra reproducción facsímil de esta autorización en lugar de la asignación original. Por la presente asigno a **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas** los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho de mi(s) compañía(s) de seguros y/o Medicare y Medicaid. Esta autorización está vigente para todas las reclamaciones futuras, hasta que decida revocarla por escrito.

Yo, el abajo firmante, entiendo y acepto la Política Financiera anterior. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por mi tratamiento médico. He tenido la oportunidad de preguntar y obtener respuestas a mis preguntas a mi satisfacción.

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Relación con el paciente, si no es paciente _____

Testigo Autorizado: _____

**Mark Malone, MD, PA, incluye Atención Avanzada del Dolor y subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas.*



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nobre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos DERECHOS DEL PACIENTE con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center puede usar o divulgar mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, lo que significa para: brindarme atención médica a mí, el paciente; gestión de la facturación y el pago; y encargarse de otras operaciones de atención médica. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos o divulgaciones de esta información sin mi autorización.

Autorizo Advanced Pain Care, su subespecialidad, Centro Quirúrgico Avanzado para comunicarme con mi **PCP (Médico de Atención Primaria): Dr.** _____ Teléfono #: (____) _____

Advanced Pain Care, sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas tienen un documento detallado llamado '**Aviso de Prácticas de Privacidad**'. Contiene una descripción más completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y divulgar información médica protegida.

Entiendo que tengo derecho a leer el "**Aviso de prácticas de privacidad**" **antes de** firmar este acuerdo. Si pregunto, Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center Surgical Center, me proporcionará **el 'Aviso de prácticas de privacidad'** más reciente.

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del '**Aviso de Prácticas de Privacidad**'. Mi firma significa que estoy de acuerdo en permitir que Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center, use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

Fecha de firma del paciente

Fecha

Relación con el paciente si está firmada por otra parte

Fecha

Puede obtener una copia de nuestro "**Aviso de Prácticas de Privacidad**", incluidas las revisiones **de nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad"**, en cualquier momento, comunicándose con: Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center en 2000 S. Mays St, Round Rock Texas 78664 o (512) 244-4272.

**** OFFICE USE ONLY ****

Staff initial below when completed

Consent dates have been updated in Athena _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nobre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

- Autorizo a Advanced Pain Care a divulgar información de mi registro médico como se describe en este formulario.
- Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia llamen y discutan información médica, soliciten resurtidos de recetas, registros médicos y resultados de pruebas, formularios de recogida, etc. Bajo los requisitos de HIPAA no podemos dar esta información a alguien sin el consentimiento del paciente. Si desea que se divulgue su información médica a familiares, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará su consentimiento para divulgar dicha información a las personas indicadas a continuación.

Nombre

Relación

Número de teléfono

Nombre

Relación

Número de teléfono

Marque todos que aplican a los nombrados arriba:

En cuanto a cita, hora y fecha

Discutir resultados de laboratorio

Discutir resutados de imágenes

Discutir la atención médica, un problema o inquietud

Recojer medicamentos

Recojer Formularios

Discutir asuntos financieras

DERECHO A REVOCAR: *Yo entiendo que me puedo retirar en cualquier momento mediante un aviso por escrito que indique mi intención de TERMINAR esta autorización para **Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664.** Yo entiendo que acciones previas tomadas en dependencia de esta autorización por entidades que tenían permiso a acceder mi historia clínica no serán afectqadas. Entiendo que Advanced Pain Care no condicionará el tratamiento a si firmo esta autorización.*

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: *He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de mi información médica que ocurrieron antes de la revocación o que de otro modo está permitido por la la sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) and/or 45 C.F.R. 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.*

Esta autorización caducará en 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique otra fecha: _____

Firma del Paciente

Fecha

Representante Legal

Relación al Paciente

Testigo

Fecha



Consentimiento informado de fisioterapia

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

La fisioterapia implica el uso de muchos tipos diferentes de evaluación física y tratamiento. En Advanced Pain Care Physical Therapy, utilizamos una variedad de procedimientos y modalidades para ayudarnos a tratar de mejorar su función. Al igual que con todas las formas de tratamiento médico, hay beneficios y riesgos involucrados con la fisioterapia.

Usted tiene derecho a preguntarle a su fisioterapeuta qué tipo de tratamiento está planeando en función de su historial, diagnóstico, síntomas y resultados de las pruebas. También puede discutir con su terapeuta cuáles podrían ser los riesgos y beneficios potenciales de un tratamiento específico. Tiene derecho a rechazar cualquier parte de su tratamiento en cualquier momento o durante su sesión de tratamiento.

En Advanced Pain Care Physical Therapy tratamos a múltiples pacientes durante los horarios establecidos. Debido a la privacidad del paciente, los miembros de la familia o los cuidadores no serán permitidos en la sala de fisioterapia. Hay una sala de espera ubicada fuera de la habitación.

Firma del paciente

Fecha

CALIDAD: DEMOGRAFÍA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Idioma

inglés español Otro: _____

Raza

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Negro o afroamericano
- Blanco o caucásico
- Nativo hawaiano
- Multi-Racial
- Otro: _____

Etnicidad

Hispano o latino No hispano o latino

Estado civil

Casado Soltero
 Viudo Pareja

Correo electrónico del portal

Porfavor proporcione un correo electrónico para acceder el portal del paciente: _____

Consentimiento para enviar mensajes de texto y llamadas

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para enviarle mensajes de texto? Sí No

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para que lo llame? Sí No

Consentimiento para comunicación de información médica vía mensaje de voz

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para dejar un mensaje de voz detallado en su teléfono sobre su atención médica? Esto puede incluir, entre otros, información sobre próximos procedimientos quirúrgicos, información de citas, información de pago, resultados de laboratorio y otra información relacionada con la salud. Sí No

Firma del Paciente

Fecha

****** USO DE OFICINA SOLAMENTE******
Inicial de personal cuando sea completado

Race / Ethnicity / Language updated in Athena _____

Portal Registration: Y or N If no, did they decline and you printed portal URL? Y or N _____

Carta de Farmacia

Nobre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estimados pacientes:

Debido a las nuevas regulaciones gubernamentales, será mucho más difícil obtener la aprobación de los analgésicos en su farmacia a partir del 1 de enero de 2019.

Su farmacéutico deberá llamar a su médico y discutir su(s) receta(s). En muchos casos, esto puede llevar días. Además, su compañía de seguros tendrá mayores requisitos de autorización previa que pueden retrasar las recetas.

Le recomendamos encarecidamente que utilice nuestra farmacia para evitar esta pesadilla burocrática. Nuestros farmacéuticos tienen acceso a nuestros registros médicos electrónicos y pueden confirmar, comunicarse y obtener autorización rápida y sin problemas para nuestras recetas.

No habrá espera. Sus recetas estarán listas para ser recogidas al día siguiente o enviadas por correo a su puerta dentro de 1-2 días. Los tendremos en stock.

Otra regulación es que ninguna farmacia puede surtir solo sustancias controladas. Le pedimos que por cada receta controlada, también surta al menos otra receta no controlada. Sus medicamentos se pueden transferir con una simple llamada de nuestros farmacéuticos. También podemos surtir medicamentos para su familia y mascotas para su conveniencia.

Sus citas de seguimiento se programarán aproximadamente dos días antes de quedarse sin medicamentos, lo que le dará a su médico y farmacéutico tiempo para satisfacer todos los nuevos requisitos.

Si desea que Advanced Rx se convierta en su farmacia, marque la casilla.

Firme a continuación indicando que ha leído y se le ha informado acerca de las nuevas reglas impuestas por el gobierno para los prescriptores y farmacéuticos con respecto a los reabastecimientos de medicamentos controlados que entrarán en vigencia en enero de 2019.

No dude en hablar conmigo, con su proveedor o con cualquier miembro del personal si necesita más información..

Atentamente,

Mark T. Malone, M.D.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Advanced Pain Care y el Dr. Malone tienen un gran interés en Advanced Rx Pharmacy.

Todos los pacientes tienen derecho a recibir una copia de su receta y a que se la surtan en el lugar que deseen.