ADVANCED PHYSICAL THERAPY

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

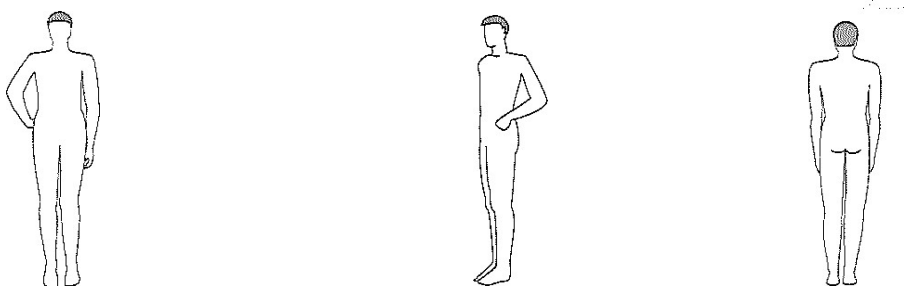
Nivel actual de dolor: ☐ leve ☐ moderado ☐ severo ☐ insoportable

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

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

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

Marcar el área de incomodidad



Firma del Firma paciente:_____ **Fecha:** _____

ADVANCED PAIN CARE

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** como su proveedor de atención sanitaria. A continuación se presenta nuestra Política Financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras políticas de pago, no dude en preguntar al personal de nuestra oficina. Pedimos a todos los pacientes que lean y firmen nuestra Política Financiera antes de acudir a un proveedor de atención médica.

La parte del pago del paciente, incluyendo copago, deducible y/o saldo pendiente, debe devolverse en el momento en que se prestan los servicios, salvo que se hayan hecho acuerdos previos con el Departamento de Facturación.

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

1. Tu póliza de seguro es un contrato entre tú, tu empleador y la compañía de seguros. NO somos parte de ese contrato. Nuestra relación es contigo, no con tu aseguradora. Verificamos tus beneficios por cortesía y no garantizamos cobertura ni pago.
2. Todos los cargos son tu responsabilidad, pague o no tu compañía de seguros.
3. Las tarifas por servicios, junto con deducibles impagados y copagos, deben ser pagadas en el momento del tratamiento.
4. Si la compañía de seguros no paga tu saldo completo en un plazo de 30 días, te pedimos que contactes con la aseguradora para solicitar el pago puntual. Por favor, informa a nuestra oficina de la respuesta del transportista.
5. Los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo de cobro de 25.00 dólares. Si el cheque no se recoge en un plazo de 10 días, puede ser entregado a las autoridades.
6. La visita a la oficina no se presenta sin aviso de 24 horas y está sujeta a un cargo de 25.00 $.
7. La documentación que requiera la finalización por parte del proveedor conllevará un cargo de 75.00 dólares. Incluyendo, pero limitado a, discapacidad, FMLA, etc.
8. Los saldos impagados durante 90 días pueden estar sujetos a cobro a través del juzgado de reclamaciones menores, un abogado y/o agencia de cobro con las tasas de cobro aplicables. Todas las tasas de cobro son responsabilidad del paciente.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar al pago puntual de tu saldo. Te animamos a comunicarte sobre cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarte a gestionar tu cuenta.

Procedimiento No Presentación, Cancelaciones y Reprogramaciones en un plazo de 72 horas:
En el momento de la programación, se obtendrá una tarjeta de crédito y se guardará de forma segura. Si no se presenta el día previsto, o si se cancela o reprograma se realiza en un plazo de 72 horas desde el procedimiento, conllevará una tasa de 75 dólares.

Autorización para Divulgar Información de Facturación y Cesión de Beneficios de Seguro: Autorizo la divulgación de **CUALQUIER** información médica, incluidos los registros de abuso de sustancias, salud mental y VIH/SIDA, necesaria para actuar sobre **CUALQUIER** reclamación de seguro médico y permitir que se utilice una reproducción fotográfica u otra por facsímil de esta autorización en lugar de la asignación original. Por la presente cedo a **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas** los beneficios médicos y/o quirúrgicos 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 mencionada. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los gastos incurridos por mi tratamiento médico. He tenido la oportunidad de hacer y que mis preguntas se respondan a mi satisfacción.

Paciente Signature_____ Fecha:

Relación con el paciente, si no con el paciente _____

Mark Malone MD PA incluye Advanced Pain Care y subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas.

ADVANCED PHYSICAL THERAPY

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.

**** USO DE OFICINA SOLAMENTE****

Staff initial below when completed

Consent dates have been updated in Athena _____

ADVANCED PHYSICAL THERAPY

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Autorizo a Advanced Pain Care y sus subespecialidades a liberar la información de mi historial médico tal y como se describe en este formulario.
- Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares llamen y consulten información médica, soliciten la renovación de recetas, historiales médicos y resultados de pruebas, formularios de recogida, etc. Según los requisitos de HIPAA, no se nos permite proporcionar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que alguna de sus informaciones médicas se facilite a familiares, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará consentimiento para facilitar dicha información a las personas indicadas a continuación.

Nombre	Relación	Número de teléfono

<u>Revisa todo lo que se aplica a los nombres anteriores:</u>

No establecer ninguna limitación a la divulgación de PHI a continuación resultará en autorización para facilitar todos los registros médicos.

☐ En cuanto a la cita, hora y fecha ☐ Comentar los resultados de laboratorio ☐ Comentar los resultados de las imágenes

☐ Habla sobre la atención médica, un problema o preocupación ☐ Recoger recetas ☐ Formularios de recogida

☐ Hablar sobre la información de facturación

DERECHO A REVOCAR: *Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento dando un aviso por escrito en el que exponga mi intención de RESCINDIR esta autorización a* ***<u>Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664</u>****. Entiendo que las acciones previas tomadas en base a esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi historial médico no se verán afectadas. 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 tal y como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no impide la publicación de registros médicos que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto en el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) y/o 45 C.F.R. 164.502(a)(1). Entiendo que la información publicada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.*

Esta autorización caducará en 1 año desde la fecha de firma, salvo que se especifique otra fecha: _____

Firma del paciente	Fecha
Representante legalmente autorizado	Relación con el paciente

ADVANCED PHYSICAL THERAPY

Consentimiento informado en fisioterapia

Nombre del paciente: _____ **Data de nacimiento:** _____

La fisioterapia implica el uso de muchos tipos diferentes de evaluación y tratamiento físico. En Advanced Pain Care Physical Therapy, utilizamos una variedad de procedimientos y modalidades para ayudarnos a intentar mejorar tu función. Como ocurre con todas las formas de tratamiento médico, la fisioterapia conlleva beneficios y riesgos.

Tienes derecho a preguntar a tu fisioterapeuta qué tipo de tratamiento planea según tu historial, diagnóstico, síntomas y resultados de las pruebas. También puedes hablar con tu terapeuta sobre los posibles riesgos y beneficios de un tratamiento específico. Tienes derecho a rechazar cualquier parte de tu tratamiento en cualquier momento o durante la sesión.

En Advanced Pain Care Physical Therapy tratamos a varios pacientes en tiempos establecidos. Por motivos de privacidad del paciente, no se permitirá la entrada a familiares o cuidadores en la sala de Fisioterapia. Hay una sala de espera situada fuera de la sala.

AVISO DE DOCUMENTACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): Nuestra consulta utiliza tecnología de inteligencia artificial (IA) dentro de nuestro sistema de historias clínicas electrónicas (EHR) para ayudar con la documentación administrativa y clínica, incluyendo el dictado y la transcripción de las visitas a consulta.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

ADVANCED PHYSICAL THERAPY

CALIDAD: DEMOGRAFÍA

Nobre 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 _____

ADVANCED PHYSICAL THERAPY

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso para informar a las personas sobre la no discriminación y la accesibilidad

La discriminación es ilegal

Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)) [opcional: (o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; embarazo o afecciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos sexuales).

Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Cuidado Avanzado del Dolor/Quirúrgico Avanzado/Farmacias Avanzadas:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles, 101 Louis Henna Blvd., Ste 300, Austin, TX 78728, Tel: 512-244-4272, Fax: 512-244-2895, o en compliance@advancedpaincare.us.

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf , o por correo postal o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida de la Independencia, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de Advanced Pain Care: https://austinpaindoctor.com

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha entregado este aviso.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____