A black and red text

Description automatically generated**Formulario de Registro de Pacientes - Medicare**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Paciente: Preferido: | |
| Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: | |
|  | |
| Fecha de Nacimiento: # de Seguro Social: | |
| Dirección de Correo Electrónico: | |
| Teléfono Particular: | Método de Recordatorio de Citas |
| Teléfono Móvil: | □ Teléfono Particular □ Teléfono Móvil |
| Teléfono del Trabajo: | □ Teléfono del Trabajo □ Correo Electrónico |

Al proporcionar mi información de contacto anterior y firmar a continuación, doy mi consentimiento y autorizo a Peak Physical Therapy y sus entidades, agentes, contratistas, incluidos, entre otros, los departamentos de programación, facturación y otros departamentos a utilizar sistemas de marcación telefónica automatizada, mensajes de texto SMS y correo electrónico para (1) proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto) sobre recordatorios de citas, encuestas a pacientes, Mi cuenta, fechas de vencimiento de pagos, pagos atrasados, información para o relacionados con bienes médicos y/o servicios terapéuticos proporcionados, intercambio de información, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica o (2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o a través de un mensaje de texto que entregue un mensaje de "atención médica" realizado por, o en nombre de una "entidad cubierta" o su "socio comercial", tal como se definen esos términos en la Regla de privacidad de HIPAA, 45 CFR 160.103. Este consentimiento no es necesario para acceder a ningún servicio desde Peak Physical Therapy. Entiendo que puedo optar por no participar llamando a Peak Physical Therapy.

|  |
| --- |
| Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) Nombre de la Pareja: |
| Responsabilidad Financiera: ☐ Propia ☐ Otra, por favor, indíquela: |
| Nombre/Dirección del 2º Contacto: |
| Teléfono del 2º Contacto: Relación: |
| Médico de Cabecera: Referido por: |

|  |
| --- |
| ¿Ha recibido tratamiento de Fisioterapia desde enero de este año? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, # de Consultas: |
| ¿Ha recibido tratamiento Quiropráctico desde enero de este año? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, # de Consultas: |
| ¿Ha recibido Atención Médica a Domicilio en los últimos 30 días? ☐ Si ☐ No  Si la respuesta es afirmativa, indique el Proveedor de Servicios Médicos a Domicilio: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL SEGURO.** Por favor, tenga en cuenta que: Se archivará una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro. El paciente es responsable de proporcionar la información más actualizada de su seguro. | | | |
| Seguro Primario: | | Seguro Secundario: | |
| # de Grupo | # de Póliza | # de Grupo | # de Póliza |
| Información del Asegurado: | | Información del Asegurado: | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |

|  |
| --- |
| **Consentimiento para el Tratamiento/Asignación de Prestaciones/Reconocimientos** |
| Por medio del presente autorizo y consiento el tratamiento/servicios para mí, o en nombre del paciente arriba mencionado, realizados por el personal de la Peak Physical Therapy y/o según las indicaciones de mi proveedor de referencia. Entiendo que tengo derecho a preguntar y a que se me responda cualquier pregunta antes de recibir algún tratamiento, incluyendo el riesgo o las alternativas al plan de tratamiento recomendado.  Asigno el pago de estos servicios directamente a la Peak Physical Therapy. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguro y autorizo a la Peak Physical Therapy a divulgar la información médica necesaria relacionada con estos servicios para procesar las reclamaciones. Certifico que la información que he proporcionado es exacta y completa.  Al firmar este formulario, pagaré puntualmente cualquier copago, coseguro y/o deducible requerido. Acepto que los planes de seguro pueden negar los pagos por lo que yo creía que eran servicios cubiertos, lo que resulta en mi responsabilidad de pagar por estos servicios.  Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que el consultorio puede usar o divulgar mi información de atención médica. Comprendo que la información sobre mi atención médica puede utilizarse para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y otros usos o divulgaciones permitidos, tal como se describe en el Aviso.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Paciente/Tutor Fecha  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en Letra de Imprenta y Relación con el Paciente |

|  |
| --- |
| **Nombre del paciente:** |
| **Divulgación de información** |
| Por la presente, autoricé a la Peak Physical Therapy discutir mi información personal de atención médica con respecto a mi tratamiento, incluido el diagnóstico / pronóstico y / o la facturación y el pago del tratamiento por los servicios prestados en mi nombre a las personas que se enumeran a continuación.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre (imprimir) Relación Número de teléfono  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre (imprimir) Relación Número de teléfono  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre (imprimir) Relación Número de teléfono  Firma del paciente/tutor: Fecha: |

|  |
| --- |
| **Política Financiera** |
| **Cancelación/No Presentación**  El éxito de la terapia depende de una fuerte relación de trabajo entre el paciente y el terapeuta. El máximo progreso y éxito se logra cuando el paciente es un participante activo en su programa de ejercicios en casa y asiste a todas las citas.  La Peak Physical Therapy requiere un aviso de 24 horas para TODAS las cancelaciones. Es posible que se aplique una tarifa que no está cubierta por el seguro y sería un gasto de su propio bolsillo para las cancelaciones sin la debida notificación.  Si una cancelación es inevitable, le pedimos que nos avise con la mayor antelación posible para que podamos ofrecer esa cita a otro paciente.   * Si usted llega más de 15 minutos después de la hora de su cita, podemos pedirle que cambie la fecha. * Después de más de una cancelación o de no presentarse, le pedimos que nos llame el día de la cita. * 2 citas "sin presentarse" pueden dar lugar al alta de la terapia.   **El pago de los servicios es debido en el momento en que se prestan los servicios.**  Verificaremos sus prestaciones con su compañía de seguros. Sin embargo, esto no garantiza que cubran el tratamiento prescrito. Al firmar a continuación, usted reconoce que es responsable de los deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos no pagados por la compañía de seguros y entiende que usted es totalmente responsable de cualquier saldo adeudado por los servicios prestados.  Firma del Paciente/Tutor: Fecha: |

|  |
| --- |
| **Divulgación de Fotografías/Videos** |
| Concedo a la Peak Physical Therapy y a sus entidades afiliadas, y a sus representantes y empleados (colectivamente la "Compañía") el derecho a tomar fotografías y/o videos de mí en relación con mi participación en los servicios de fisioterapia. Autorizo a la Compañía, a registrar los derechos de autor, a utilizar y publicar las mismas en forma impresa y/o electrónica. Estoy de acuerdo en que la Compañía puede utilizar dichas fotografías y/o videos de mí con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo por ejemplo fines tales como publicidad, ilustración, anuncios, y el contenido de la web y renuncio a cualquier derecho de compensación, por lo tanto, entiendo que puedo revocar esta autorización, pero sólo por escrito entregado al Gerente de la Oficina de la clínica. Entiendo que, si decido revocar esta autorización, la revocación no será efectiva para cualquier uso y/o divulgación de mi información médica protegida que ya se haya hecho en base a esta autorización.  (Por favor, marque una casilla a continuación)  □ Acepto □ Rechazo  Firma del Paciente/Tutor: Fecha: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE PAGADOR SECUNDARIO DE MEDICARE (MSP)** | | | | |
| **Nombre del Paciente:** | | | | |
| **Parte I** | | | | |
| 1. ¿Está recibiendo prestaciones del Programa para la Neumoconiosis?   En caso afirmativo, fecha en que comenzó a recibir las prestaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | * Si | * No | |
| 1. ¿Esta lesión/enfermedad se ha producido por un accidente/condición laboral?   En caso afirmativo, fecha de la lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | * Si | * No | |
| 1. ¿Fue la lesión/enfermedad cubierta por la cobertura “sin culpa” (y/o la cobertura de pago de gastos médicos), incluidos los locales o el automóvil?   En caso afirmativo, fecha del accidente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Está disponible el seguro “sin culpa”? | | * Si * Si | * No * No | |
| 1. ¿Estuvo esta lesión/enfermedad relacionada con un accidente en el que tiene intención de presentar una demanda de responsabilidad civil o un litigio pendiente?   En caso afirmativo, indique:  Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si contestó **NO** a todas las preguntas, pase a la Parte II.  Si contestó **SI** a alguna de las preguntas anteriores, Medicare es el pagador secundario, no necesita ir a la Parte II. Por favor, proporcione la información del seguro primario. | | * Si | * No | |
| **Parte II** | | | | |
| 1. ¿Usted tiene derecho a Medicare en base a? *Marque la casilla que corresponda*   ☐ La edad (65 años o más) - pase a la pregunta #2  ☐ Discapacidad - pase a la pregunta #2  ☐ Etapa Terminal - Pase a la **Parte III** | | | | |
| 1. ¿Tiene un plan médico grupal (GHP) basado en su empleo actual, o en el empleo actual de su cónyuge o de otro miembro de su familia?   En caso afirmativo, basándose en si usted tiene 65 años o más o está discapacitado, cuántos empleados, incluido usted o su cónyuge, trabajan para el empleador del que tiene la cobertura del GHP:   * + Edad (65 años o más) - Si usted es mayor y hay 20 o más empleados, su GHP es el primario.   + Discapacidad - Si está discapacitado y su empleador, o el de su cónyuge o el de los miembros de su familia, tiene 100 o más empleados, su GHP es el primario. | | * Si * Si * Si | * No * No * No | |
| **Parte III** | | | | |
| *Las prestaciones de Medicare son secundarias a las prestaciones pagaderas en virtud de un GHP para las personas que reúnen los requisitos o tienen derecho a las prestaciones sobre la base de la ESRD [Enfermedad Renal en Etapa Terminal] durante un período de hasta 30 meses si Medicare no era el pagador primario adecuado para la persona en función de la edad o la discapacidad en el momento en que esta persona reunía los requisitos o tenía derecho a Medicare sobre la base de la ESRD.* | | | | |
| 1. ¿Tiene un plan médico grupal? | | * Si | | * No |
| 1. ¿Está dentro del periodo de coordinación de 30 meses? | | * Si | | * No |
| Si la respuesta es afirmativa a AMBAS preguntas, el GHP es el primario durante el periodo de coordinación de 30 meses | | | | |
| ***Por favor, proporcione una copia de su seguro médico grupal si se determina que es primario.*** | | | | |
| Firma del Paciente/Representante: | Fecha: | | | |
| Relación con el Paciente: | | | | |

|  |
| --- |
| **CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE** |
| **Nombre del Paciente: Nombre Preferido:** |
| Ocupación: Estatura: Peso: Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino |
| ¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses? ¿Ha resultado en una lesión? ☐ Si ☐ No |
| Durante el último mes, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperado o le ha molestado tener poco interés o placer en hacer cosas? ☐ Si ☐ No |
| Estado de Salud General: Por favor, califique su salud. □ Excelente □ Bueno □ Regular □ Malo |
| Por favor, indique a continuación cualquier alergia conocida (incluyendo medicamentos, látex, etc.). |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Por favor, indique los medicamentos actuales** (incluyendo los de prescripción, los de venta libre y los de hierbas). También puede proporcionar al personal de nuestra oficina una lista para copiar. | | | |
| Nombre | Dosis | Frecuencia | Por favor, indique la vía |
|  |  |  | Oral Parche Tópica Otra |
|  |  |  | Oral Parche Tópica Otra |
|  |  |  | Oral Parche Tópica Otra |
|  |  |  | Oral Parche Tópica Otra |
|  |  |  | Oral Parche Tópica Otra |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cirugía / Hospitalización, por favor incluya la fecha y la razón.** | |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Está experimentando actualmente alguno de los siguientes síntomas?** | | | |
| Náuseas o Vómitos | ☐ Si ☐ No | Dolores en el Pecho (Angina) | ☐ Si ☐ No |
| Tos Productiva/Crónica | ☐ Si ☐ No | El Dolor me Despierta por la Noche | ☐ Si ☐ No |
| Dificultad para Deglutir | ☐ Si ☐ No | Fiebre Reciente, Escalofríos, Sudores | ☐ Si ☐ No |
| Episodios de Vértigo | ☐ Si ☐ No | Dificultad para Dormir | ☐ Si ☐ No |
| Dolores de Cabeza | ☐ Si ☐ No | Dificultad para Respirar | ☐ Si ☐ No |
| Problemas de la Vista | ☐ Si ☐ No | Palpitaciones del Corazón | ☐ Si ☐ No |
| Pérdida de Audición/Zumbido en los Oídos | ☐ Si ☐ No | Pérdida del Apetito | ☐ Si ☐ No |
| Dificultad para Caminar | ☐ Si ☐ No | Incontinencia | ☐ Si ☐ No |
| Debilidad Inusual | ☐ Si ☐ No | Fatiga o Mialgia | ☐ Si ☐ No |
| Dolor o Inflamación Articular | ☐ Si ☐ No | Cambios de Peso Inexplicables | ☐ Si ☐ No |

|  |  |
| --- | --- |
| **Historial Social / Bienestar** | |
| ¿Consume bebidas alcohólicas? ☐ Si ☐ No | ¿Consume tabaco? ☐ Si ☐ No |
| ¿Con qué frecuencia ha completado al menos 20 minutos de ejercicio, como trotar, montar en bicicleta o caminar a paso ligero, antes de la aparición de su enfermedad? ☐ Al menos 3 veces por semana ☐ 1-2 veces por semana ☐ Pocas Veces o Nunca | |
|  | |
| A full shot of a person  Description automatically generated Por favor, mostrar en la imagen donde está experimentando dolor: | |

Nombre del Paciente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Le han diagnosticado alguno de los siguientes?** | | | |
| Alergias | * Si ☐ No | Hipertensión Arterial | * Si ☐ No |
| Anemia | * Si ☐ No | VIH | * Si ☐ No |
| Hepatitis, en caso afirmativo, Tipo: | * Si ☐ No | Tuberculosis | * Si ☐ No |
| Problemas Respiratorios | * Si ☐ No | Enfermedad/Problemas Renales | * Si ☐ No |
| Enfermedad Autoinmune  En caso afirmativo, Tipo: | * Si ☐ No | Estimulador Medular | * Si ☐ No |
| Coágulos de Sangre | * Si ☐ No | Problemas de la Vista | * Si ☐ No |
| Trastorno Intestinal o de la Vejiga | * Si ☐ No | Osteoporosis | * Si ☐ No |
| Cáncer, en caso afirmativo, Sitio: | * Si ☐ No | Artritis Reumatoide | * Si ☐ No |
| Afecciones Cardíacas | * Si ☐ No | Parkinson | * Si ☐ No |
| Marcapasos Cardíaco | * Si ☐ No | Enfermedad Vascular Periférica | * Si ☐ No |
| Actualmente Embarazada | * Si ☐ No | Convulsiones | * Si ☐ No |
| Depresión | * Si ☐ No | Problemas del Habla | * Si ☐ No |
| Diabetes | * Si ☐ No | Pérdida de la Audición | * Si ☐ No |
| Accidente Cerebrovascular/AIT | * Si ☐ No | Fracturas | * Si ☐ No |

|  |
| --- |
| **Estado Actual** |
| ¿Cuándo comenzó este(os) problema(s)? |
| Describa el(los) problema(s). |
|  |
| Explique cómo se produjo el(los) problema(s). |
|  |
|  |
| ¿Ha tenido este problema anteriormente? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? |
| Sus síntomas son peores en la: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Anochecer ☐ Noche ☐ Igual Durante Todo el Día |
| ¿Cómo se está ocupando del(de los ) problema(s) ahora? |
| Mi dolor/problema poco a poco está: ☐ Empeorando ☐ Mejorando ☐ Manteniéndose Igual |
| Mis síntomas me molestan: ☐ Constantemente (100%) ☐ La Mayor Parte del Tiempo (75%)  ☐ Ocasionalmente (50%) ☐ De vez en cuando (25%) |
| ¿Tiene entumecimiento, hormigueo o ardor? ☐ Si ☐ No  En caso afirmativo, marque una: ☐ Constantemente ☐ Intermitentemente |
| ¿Qué funciones podía realizar antes, que ahora no puede hacer? |
|  |
| Por favor, explique cualquier tratamiento específico que haya recibido para este problema, como terapia física u ocupacional previa, consultas quiroprácticas, medicamentos para el dolor, etc. |
|  |
| ¿Ha recibido radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada o gammagrafía ósea por este problema? En caso afirmativo, por favor indique las fechas y los resultados. |
|  |
| ¿Tiene conocimiento de alguna razón física por la que no deba recibir tratamiento? ☐ Si ☐ No  Si la respuesta es afirmativa, por favor, díganos cuál es: |
| ¿Cuáles son sus objetivos para la terapia? |

**Avisaré al terapeuta si hay algún cambio en mi condición física que altere mi respuesta a alguna de las preguntas de este formulario.**

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_