



CALIFORNIA HAND & PHYSICAL THERAPY, INC

Información del Paciente

Nombre del Paciente _____ [M / F] Fecha de Nac _____ Edad _____
Direccion _____ Ciudad/Estado _____ Codigo Postal _____
Teléfono de casa _____ Cell _____ Trabajo _____ Email _____
Numero De Seguro Social _____ Numero De Licencia De Manejar _____

Causa De su Lesion (*circule uno*) En la Casa? En La Escuela? En El Trabajo? Accidente De Auto?
Doctor que lo/a ha referido _____ Parte Del Cuerpo Lesionada _____
Fecha De Lastimadura _____ Fue Su Lesion en el Trabajo? Si / No Esta usted Trabajando? Si / No
Ha Tenido Una Cirugía En La Zona Lesionada? Si Es Así, El Tipo y Fecha De La Cirugía _____

Estado De Trabajo: (*circule uno*) Desempleado Teimpo Completo Medio Teimpo Estudiante Retirado
Ocupación _____ Nombre del Empleador _____
Direccion Del Trabajo _____ Ciudad/Estado _____ Codigo Postal _____

Casado/a Divorciado/a Soltero/a Menor de Edad Viudo/a Separado/a

Nombre de Esposo/a _____ Ocupación _____
Empleador _____ Telefono _____

Nombre de la póliza original: _____
ID/Numero de suscriptor _____ Numero de Grupo _____
Nombre del Responsable si Difiere del Paciente _____ F.de Nac. _____
Empleador/Grupo Nombre _____ SS# _____

Segunda póliza _____
ID/Subscriber # _____ Grupo _____
Nombre del Responsable si Difiere del Paciente _____ F.de Nac. _____
Relación al Paciente: _____ Seguro Social _____

Yo Autorizó el cede de mi información medica u otra para el proceso de mi reclamo/demanda en mi nombre. Yo estoy de acuerdo que soy responsable completamente por deudas legales ocurridas por mi por servicios recibidos de California Hand and Physical Therapy, y consiento a tratamiento medico con o sin cobertura de mi póliza.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

CALIFORNIA HAND & PHYSICAL THERAPY, INC

Derechos y Responsabilidades del Paciente

DERECHOS DE LOS PACIENTES

El personal de California Hand and Physical Therapy ha adoptado la siguiente lista de derechos de los pacientes. Esta lista debe de incluir pero no esta limitada a:

1. Ejercer estos derechos sin considerar el sexo o cultura, economía, educación, o religión, u origen de pago por su tratamiento.
2. Considerado y respetuoso cuidado incluyendo el apropiada evaluación y trato del dolor.
3. Saber el nombre del terapéutica tiene la responsabilidad primaria para coordinar su cuidado y los nombres y relaciones profesionales de otros terapéuticos que pudieran atenderlo/a
4. Recibir información de su Doctor /Terapéutica acerca de su enfermedad y el curso de su tratamiento y su probabilidad de recuperación en términos que el/ella entienda.
5. Recibir información acerca del tratamiento o procedimiento propuesto que el/ella pueda necesitar para que pueda dar consentimiento rehusar el curso de este tratamiento. Excepto en casos de emergencia, la información deberá incluir una descripción del procedimiento o tratamiento, los significantes riesgos médicos envueltos en el tratamiento, tratamiento alternativo o no-tratamiento y los riesgos envueltos de cada uno y saber el nombre de la persona encargada de del procedimiento o tratamiento.
6. Participar en la decisión relacionada con su cuidado medico hasta la extensión permitida por la ley, esto incluye el derecho de rehusar.
7. Consideración total de su privacidad concerniente con el cuidado medico de el/ella. Discusión de su caso, consulta, examen, y tratamiento son confidenciales y deben ser conducidos discretamente. El paciente tiene el derecho de ser advertido de la razón por la presencia de cualquier individuo.
8. Tratamiento confidencial de toda comunicación y el expediente perteneciente al cuidado de el/ella. Permiso por escrito debe de ser obtenido antes de que los expedientes médicos de el/ella puedan ser dispuestos a alguien sin interés directo con el cuidado de el/ella.
9. Respuesta razonable a cualquier recuesta razonable el/ella pueda hacer de servicio.
10. Salirse de la oficina aun cuando se al contrario del consejo de el doctor de el/ella.
11. Razonable continuidad de cuidado y saber con anticipación la hora y lugar de la cita así como el doctor que proveerá el cuidado.
12. Ser asesorado si su doctor propone hacer o llevar a cabo experimentos humanos que afecten el cuidado o el tratamiento de usted.
13. El paciente tiene el derecho de rehusar a participar en tal proyecto de investigación.
14. Examinar y recibir una explicación de su recibo sin importar el origen de su pago.
15. Saber cuales reglas aplican a su conducta como paciente.
16. Hacer todos los derechos de los pacientes aplicables a la persona que pueda tener responsabilidad legal para hacer una decisión legal correspondiendo al cuidado medico del paciente.

El cuidado que el paciente recibe depende parcialmente de el/ella como paciente. Es por lo cual, en adición a estos derechos, el paciente tiene ciertas responsabilidades también. Estas responsabilidades representan al paciente en espíritu de confianza y respeto mutuo.

RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

1. El paciente tiene la responsabilidad de proveer información precisa con referencia a las dolencias de el/ella, historia medica, y otros asuntos con relación a la salud de el/ella incluyendo existente nivel de dolor.
2. El paciente es responsable por hacer saber si el/ella entiende claramente el curso de el tratamiento medico y que se espera de el/ella.
3. El paciente es responsable por seguir el plan de tratamiento establecido por el doctor de el/ella, incluyendo las instrucciones de nurse y otros profesionales de la salud a si como llevan a cabo las ordenes del doctor.
4. El paciente es responsable por atender sus citas y por notificar a California Hand and Physical Therapy personal cuando el/ella no pueda atender su cita.
5. El paciente es responsable por las acciones de el/ella, si el paciente rehúsa tratamiento o no sigue las ordenes de el doctor de el/ella.
6. El paciente es responsable por asegurar las obligaciones financieras de el cuidado de el/ella sean completadas tan pronto como sea posible.
7. El paciente es responsable por seguir las reglas y procedimientos de la oficina.
8. El paciente es responsable por ser considerado de los derechos de otros pacientes y el personal de esta oficina.

Paciente/Partido Responsable

Fecha

CALIFORNIA HAND & PHYSICAL THERAPY, INC
NOTA DE PRÁCTICAS DE INFORMACION DEL PACIENTE

Usos y Revelaciones de Salud Informática

California Hand & Physical Therapy usa informática de salud acerca de su tratamiento, para obtener pago de por su tratamiento, con el propósito administrativo y para evaluar la calidad de cuidado que usted recibe. Nosotros podemos usar y hacer saber información identificable de su salud sin su autorización por varias otras razones. Sujeto a ciertos requisitos, nosotros podríamos usar información de salud sin su autorización para propósitos de salud publica, para auditoria, para estudios de investigación, y para emergencias. Nosotros proveeremos información cuando sea requerida por la ley en ciertas circunstancias. En cualquier otra situación, nosotros pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar alguna información identificable acerca de su salud. Si usted desea firmar una autorización para divulgar información, usted puede revocar esta autorización para parar cualquier uso o revelación futura.

Nosotros podemos cambiar nuestras pólizas en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras pólizas, nosotros vamos a hacer el cambio y pondremos un aviso en la área de espera y en cada área de examen. Usted puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para mas información acerca de nuestra practica de privacidad, contacte la persona mencionada abajo.

Derechos Individuales del Paciente

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de de mirar o de obtener una copia de la información de la salud acerca de usted que nosotros usamos para hacer decisiones acerca de usted. Si usted requiere copias, nosotros le cobraremos \$0.05 (5 centavos) por cada pagina. Usted también tiene derecho a recibir la lista de ejemplos donde sea dado información de salud acerca de usted por razones otras de tratamiento, pago o con relación administrativas. Si usted cree que la información en su archivo es incorrecta o si información importante es faltante usted tiene derecho a requerir una corrección en la existente información o adherir la información faltante.

Usted puede requerir por escrito que no usemos o divulguemos su información para tratamiento, pago, y propósitos administrativos excepto cuando específicamente autorizado por usted, cuando requerido por la ley o circunstancias de emergencia. Nosotros consideraremos su recuesta pero no esta legalmente aceptarla.

Preocupaciones y Protestas

Si usted esta preocupado/a que CHPT puede haber violado su derechos de privacidad, o esta en desacuerdo con una decisión echa acerca al acceso de su archivo, usted puede contactar la persona mencionada abajo. Usted puede mandar una protesta a U.S. Department of Health and Human Services. La persona mencionada abajo puede proveerle con la apropiada información a su recuesta.

Obligaciones Legales

Nosotros somos requeridos por la ley proteger la privacidad de su información, proveer este aviso acerca de nuestra práctica de información, y seguir la practica de información descrita en este aviso. Si usted tiene preguntas o protestas, por favor contacte:

Mayra Saborio PT, DPT,CHT / Owner (805) 604-1924

Paciente/Partido Responsable

Fecha

CALIFORNIA HAND & PHYSICAL THERAPY, INC

Asignatura de Beneficios

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE / POLIZA DE DECLARACION FINANCIERA

Yo asigno todos beneficios médicos al cual tengo derecho. Incluyendo Medicare, Medi-Cal, Póliza Privada y terceros pagadores a California Hand and Physical Therapy en el evento de que ellos registren con la compañía de seguros en mi nombre. Yo autorizó a California Hand and Physical Therapy que de toda información necesaria para asegurar el pago de dichos beneficios. Una copia de este acuerdo debe ser considerada tan efectiva y valida como la original.

Nosotros vamos a enviar la factura a su compañía de seguros solamente como cortesía a usted. Usted es responsable por toda la factura cuando los servicios son prestados. Nosotros requerimos arreglos de pago por la parte que le corresponde a momento de que los servicios son rendidos. Si su compañía de seguros no manda el pago en 60 días, el balance debe ser pagado por completo por usted. Esto también aplica si su compañía de seguros recuesta una devolución de pagos hechos a California Hand and Physical Therapy. En el evento su compañía de seguros establezca un interno acostumbrado y usual honorario usted será responsable por el restante. Si algún pago es hecho directamente a usted por una factura mandada por nosotros, usted reconoce la obligación de mandar inmediatamente el pago a California Hand and Physical Therapy.

Yo entiendo que soy responsable económicamente por todos los cargos sean o no pagados por la compañía de seguro. Yo también estoy de acuerdo a hacer pagos por los cuales soy responsable de manera oportuna. Lo antes mencionado puede no ser aplicable directamente a pacientes considerados de Compensación de Trabajo. Sin embargo, por favor, sea aconsejado que si reclama W/C beneficios y estos son negados usted puede ser responsable por la cantidad total de cargos por servicios rendidos a usted. Yo también entiendo y estoy de acuerdo que si yo fallo a hacer pagos por los cuales soy responsable en manera oportuna, yo seré responsable por el costo de colectar el dinero quedado a deber. Incluyendo el costo de tribunal, honorarios de la agencia de colecciones, y honorarios de abogado.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo estoy consintiendo a tal tratamiento por el personal autorizado de California Hand and Physical Therapy como puede ser dictado por una prudente práctica médica por mi enfermedad, lesión o condición. Este consentimiento es con la intención de renuncia de responsabilidad por ciertos tratamientos con excepción de actos de negligencia.

AVISO DE NO DISCRIMINACION

Siguiendo el titulo IV de los derechos civiles de 1964, sección 504 del acto de rehabilitación de 1973, y del acto de la edad discriminatoria de 1975, California Hand and Physical Therapy no discrimina en la provisión de servicios en las bases de raza, color, origen nacional, discapacidad o edad.

Yo estoy de acuerdo a lo antes mencionado:

Paciente/Partido Responsable

Fecha

California Hand and Physical Therapy

Póliza de Cancelación

Estimados pacientes,

California Hand and Physical Therapy, tiene una política de oficina para cancelaciones tardías y citas no presentes / perdidas.

Por favor notifique a nuestra oficina con 24 horas de anticipación para cambiar o cancelar una cita.

Se proporcionan contestadores automáticos que debe usar fuera del horario de atención y los fines de semana. El aviso de 24 horas nos permite colocar a otro paciente en su período de cita cancelada para recibir el tratamiento necesario.

• Si se pierden 3 o más citas consecutivas en cualquier momento durante el tratamiento de un paciente, cualquier cita adicional ya programada se eliminará del programa.

Se aplicará un cargo de \$ 50 por sus cancelaciones por "No presentación" o "No 24 horas de aviso", y esto NO será cubierto por su seguro médico.

Nuestros terapeutas han establecido horarios y no pueden llenar los espacios para los pacientes que necesitan una cita si se les da poca o ninguna notificación.

Gracias por su cooperación.

He leído y entendido este anuncio.

Firme de Paciente

Date

Firma de Empleado

Date



Historial Del Paciente

Nombre _____ seguro social _____ fecha _____

Actividades relajantes, incluyendo rutinas de ejercicio: _____

Ocupación, incluyendo actividades que comprometan su día de trabajo: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

¿Esta usted en restricciones de trabajo por ordenes de su doctor? **Si No**

¿Es usted sensitivo a látex? **Si No** ¿Fuma usted? **Si No**

¿Tiene usted marcador de paso? **Si No**

Para mujeres: ¿esta usted embarazada? o ¿piensa que puede estar embarazada? **Si No**

Alergias: Nombre todos los medicamentos que es usted alérgico: _____

¿Usted a padecido recientemente de alguna de las siguientes? (marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Fatiga | <input type="radio"/> Adormecimiento/hormigueo | <input type="radio"/> Estreñimiento |
| <input type="radio"/> Fiebre/escalofríos/sudores | <input type="radio"/> Debilidad de músculo | <input type="radio"/> Diarrea |
| <input type="radio"/> Nausea/vomito | <input type="radio"/> Agruras/indigestión | <input type="radio"/> Dificultad al respirar |
| <input type="radio"/> Perdida o aumento de peso | <input type="radio"/> Dificultad para tragar | <input type="radio"/> Desmayos |
| <input type="radio"/> Perdida de balance al caminar | <input type="radio"/> Cambios en la función de vejiga | <input type="radio"/> Tos |
| <input type="radio"/> Caídas | <input type="radio"/> o intestino | <input type="radio"/> Dolores de cabeza |

¿Ha sido usted diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Problemas de circulación | <input type="radio"/> Infección de hueso o coyuntura |
| <input type="radio"/> Problemas del corazón | <input type="radio"/> Coágulos de sangre | <input type="radio"/> Dependencia química (ejemplo, alcoholismo) |
| <input type="radio"/> Dolores de pecho/angina | <input type="radio"/> Derrame cerebral | |
| <input type="radio"/> Presión alta | <input type="radio"/> Anemia | |

¿Usted o alguien de su familia (padres, hermanos, hermanas) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones (marque todas las que apliquen)?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Infección de vejiga/vía urinaria | <input type="radio"/> Osteoporosis |
| <input type="radio"/> Problemas del corazón | <input type="radio"/> Problema/infección del riñón | <input type="radio"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Enfermedad transmitida sexualmente/HIV | <input type="radio"/> Epilepsia |
| <input type="radio"/> Problemas del pulmón | <input type="radio"/> Enfermedad inflamatoria de la pelvis | <input type="radio"/> Problema/infección de ojo |
| <input type="radio"/> Tuberculosis | <input type="radio"/> Problemas de la tiroides | <input type="radio"/> Ulcera |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Problemas del hígado |
| <input type="radio"/> Artritis reumática | <input type="radio"/> Neumonía | |
| <input type="radio"/> Otra condición artrítica | <input type="radio"/> Coágulos de sangre | |
| <input type="radio"/> Presión alta | | |
| <input type="radio"/> Ataque fulminante | | |

¿Durante el mes pasado se ha sentido usted cabizbajo, deprimido, o sin esperanza? Si No

¿Durante el mes pasado ha tenido poco interés o placer al hacer cosas? Si No

¿Es esto algo con lo cual quiere ayuda? **Si Si, pero no ahora No**

¿Se ha sentido usted alguna vez insegura en casa o alguien lo ha golpeado o tratado de herirlo de alguna manera? **Si No**

Por favor indique todos los medicamentos que esta usted tomando (incluyendo pastillas, inyecciones, y/o parches de la piel):

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ | 6. _____ |

¿Ha usted tomado medicina con esteroides para alguna condición medica? **Si No**

¿Ha usted tomado diluyentes de la sangre o medicamentos anticoagulantes por alguna razón medica? **Si No**

-Por favor indique alguna cirugía u otras condiciones por las cuales ha sido usted hospitalizada, incluyendo fechas:



Historial Del Paciente

1. _____ 2. _____ 3. _____

¿Que fecha empezaron los síntomas? _____

¿Qué piensa usted que causo sus síntomas? _____

Mis síntomas están actualmente: **mejorando** **empeorando** **siguen igual**

No debería hacer actividades que empeoren mi dolor: Desacuerdo inseguro

de acuerdo

Hasta hoy e recibido tratamiento para este problema (quiropático, inyecciones, etc.)

Por favor indique examen especiales que se han realizado por este problema (rayos-x, MRI, exámenes de sangre, etc) _____

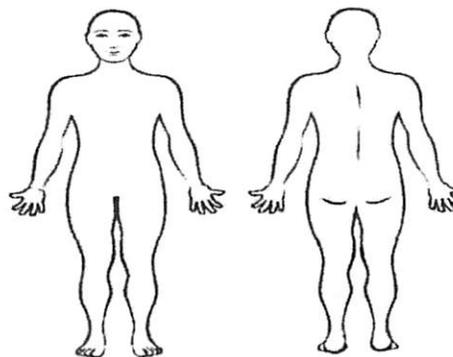
¿Ha usted tenido este problema antes? **Si** **No** Cuando _____

Tratamiento requerido _____

¿Cuanto tiempo tomo para que usted se sintiera mejor? _____

Diagrama del cuerpo:

Por favor indique las áreas donde usted siente sus síntomas en el diagrama que esta a la derecha con los siguientes símbolos para describir sus síntomas:



↓ **Dolor punzante/agudo**

○ **Dolor inactivo/obtusos**

||| **Adormecimiento**

= **Hormigueo**

Mis síntomas actualmente:

van y vienen son constantes son constantes, pero cambian con la actividad.

Factores agravantes: identifique hasta 3 posiciones importantes o actividades que hacen sus síntomas empeorar:

1. _____

2. _____

3. _____

Factores aliviantes: identifique hasta 3 posiciones importantes que mejoran sus síntomas:

1. _____

2. _____

3. _____

¿Actualmente como a dormido de noche de acuerdo a sus síntomas?

Dormir sin problema dificultad para dormir despertar con dolor

dormir solo con medicamento

¿Cuándo empeoran sus síntomas? Mañana Medio Día Tarde Noche Después del ejercicio.

¿Cuándo mejoran sus síntomas? Mañana Medio Día Tarde Noche Después del ejercicio.

Usando la escala del 0 al 10, 0 siendo “no dolor” y 10 siendo “el peor dolor imaginable” por favor describa:

Su nivel de dolor actual al contestar este cuestionario: _____

El menor nivel de dolor que ha sentido en las últimas 24 horas _____

El mayor nivel de dolor que ha sentido en las ultimas 24 horas _____