

Mission Physical Rehabilitation

FORMULARIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE

Anexo B1.003

Sólo para uso interno:	Cuenta No <input style="width: 100%;" type="text"/>	Tipo de cuenta <input style="width: 100%;" type="text"/>	Oficina No <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nombre _____ Inicial _____	Fecha de lesión/comienzo _____ Fecha del día de hoy _____		
Apellido _____	Fecha de nacimiento _____ Edad _____		
Dirección _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V		
_____	Teléfono particular _____		
Ciudad _____ State ____ Zip _____	Teléfono del trabajo _____		
Persona responsable _____	Teléfono celular _____		
Dirección _____	Email _____		
Ciudad _____ State ____ Zip _____	Área lesionada _____		
Nº de Teléfono _____	Resultado de un accidente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Relación/parentesco con la persona responsable _____	Si es accidente: <input type="checkbox"/> Automovilístico <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro		
Empleador _____	Naturaleza del accidente _____		
Dirección _____	Nº de SS _____		
Ciudad _____ State ____ Zip _____	Ocupación _____		
Médico remitente _____	Contacto con el empleador _____		
_____	Nº de teléfono _____		
Seguro principal _____	Nombre del asegurado _____		
Grupo Nº _____ Nº de ID _____	Dirección _____ Ciudad _____		
Empleador asegurado _____	Estado ____ CP _____ Teléfono _____		
Relación/parentesco con el asegurado _____	Fecha de nacim. del asegurado ____ Sexo del aseg.: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Seguro auxiliar _____	Nombre del asegurado _____		
Grupo Nº _____ Nº de ID _____	Dirección _____ Ciudad _____		
Empleador asegurado _____	Estado ____ CP _____ Teléfono _____		
Relación/parentesco con el asegurado _____	Fecha de nacim. del asegurado ____ Sexo del aseg.: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Contacto de emergencia _____	Nº de teléfono durante el día _____		
Está recibiendo o ha recibido recientemente usted servicios de cuidado en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Está recibiendo o ha recibido recientemente usted otros servicios de terapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor firme sus iniciales: _____			

Mission Physical
Rehabilitation

FORMULARIO DE HOSPITALIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE

Sólo para uso interno:

Cuenta N°

Tipo de cuenta

Oficina N°

Por favor firme
sus iniciales

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para recibir rehabilitación y servicios relacionados en la CLÍNICA. Al hacerlo, entiendo, reconozco y afirmo que dicha rehabilitación y servicios relacionados pueden incluir contacto corporal, tocar, y/o contacto directo de naturaleza delicada.

TRATAMIENTO DE MENORES: Yo, como padre/tutor de un menor que está recibiendo tratamiento, por el presente documento acepto y entiendo que se me ha aconsejado permanecer en el establecimiento durante cada tratamiento, y renuncio a cualquier reclamación que pudiera tener como resultado de mi incumplimiento de lo anterior.

RESPONSABILIDAD: Estoy enterado de que y estoy de acuerdo en que FREDERICKSBURG PHYSICAL THERAPY no es responsable por ninguna pérdida o daño a mis efectos personales.

DEROGACIÓN Y CESIÓN: Por la presente libero, eximo y absuelvo a, Fredericksburg Physical Therapy sus agentes, representantes, filiales, empleados o cesionarios de toda y cualquier responsabilidad, reclamo, exigencia, daño, acción judicial o pérdida de cualquier tipo que surja o resulte de mi negativa a aceptar, a recibir o a permitir servicios médicos y/o de emergencia, incluyendo, pero sin estar limitado a, servicios de ambulancia, Técnico Médico de Emergencia, servicios médicos o de atención urgente.

AUTORIZACIÓN DE PAGO: Por la presente, asigno todos los beneficios directamente a Fredericksburg Physical Therapy. Asimismo, autorizo la divulgación de todos los registros médicos necesarios para facilitar mi tratamiento para el procesamiento de los reclamos médicos y de cualquier otra manera que sea permitida o exigida en el Notice of Privacy Practices (Aviso sobre Prácticas de Privacidad) . Entiendo cabalmente que, en caso de que mi compañía de seguro médico o persona responsable económicamente no realice el pago de los servicios que recibo, yo seré responsable económicamente por el pago de los mismos.

AVISO DE PRIVACIDAD: Declaro haber recibido el Aviso sobre Prácticas de Privacidad.

Certifico que toda la información provista en el presente formulario es verdadera y correcta.

Firma del paciente/Tutor _____

Firma del testigo _____

Mission Physical Rehabilitation
FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE HOY: _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____ FECHA DE LA LESIÓN O DE INICIO: _____
NOMBRE DEL MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO: _____ ¿ESTÁ USTED TRABAJANDO ACTUALMENTE? S N
CAUSA DE LA LESIÓN O DE INICIO: _____ FECHA DE LA PRÓXIMA CITA MÉDICA: _____

¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE ASISTE A LA TERAPIA? _____

DEBIDO A SU PROBLEMA, ¿CON QUÉ ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ESTÁ TENIENDO DIFICULTAD?

1. _____
2. _____
3. _____

¿CUÁLES SON SUS OBJETIVOS PERSONALES/LOS RESULTADOS QUE ESPERA LOGRAR CON LA TERAPIA?

1. _____
2. _____
3. _____

DESCRIBA SU SALUD EN GENERAL: (marcar con un círculo) EXCELENTE BUENA ACEPTABLE DEFICIENTE
¿CONSUME TABACO? (marcar con un círculo) SÍ NO DE SER ASÍ, ¿EN QUÉ MEDIDA? _____

¿FUE HOSPITALIZADO O TUVO UNA CIRUGÍA RECIENTEMENTE? SÍ NO DE SER ASÍ, ¿CUÁNDO? _____
¿Y POR QUÉ? _____

¿RECIBIÓ ANTERIORMENTE TERAPIA FÍSICA/OCUPACIONAL POR ESTA CONDICIÓN? (marcar con un círculo)
SÍ NO ¿QUÉ LE HICIERON? / ¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS? _____

¿RECIBIÓ TERAPIA FÍSICA ANTERIORMENTE DURANTE ESTE AÑO CALENDARIO? (marcar con un círculo) SÍ NO
LA RECIBIÓ EN: (marcar con un círculo) HOSPITAL CENTRO PARA PACIENTES AMBULATORIOS SALUD EN EL HOGAR
¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: _____

ALERGIAS: Medicamento _____ Reacción _____ Otro _____ Reacción _____

¿ES USTED ALÉRGICO AL LÁTEX? (marcar con un círculo) SÍ NO De ser así, ¿cuál es la reacción? _____
¿ES USTED ALÉRGICO A LA DEXAMETASONA? SÍ NO De ser así, ¿cuál es la reacción? _____

¿TIENE AHORA O TUVO ALGUNA VEZ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (marcar todas las que correspondan)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> DIABETES o controlada o no controlada | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATORIOS |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> ASMA o controlada o no controlada |
| <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> MAREOS/DESMAYOS | <input type="checkbox"/> EPOC o controlada o no controlada |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS
CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> FRACTURAS | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Monitor Holter - ¿Utiliza
actualmente? | <input type="checkbox"/> DOLORES DE CABEZA | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES o controladas
o no controladas |
| <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | <input type="checkbox"/> HEPATITIS/VIH | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL
o controlada o no controlada | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RENALES | |
| <input type="checkbox"/> BAJA PRESIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> MRSa (Methicillin Estafilococo Resistente
Aureus) | |
| <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE
EMBARAZADA | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS | |
- Si marcó alguna de las anteriores, explique: _____

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ REVISADO POR Terapeuta: _____ Fecha _____

Este formulario constituye información de propiedad y no puede ser utilizado, reproducido o duplicado, en todo o en parte, sin el consentimiento por escrito de Mission Physical Rehabilitation. Este formulario debe ser completado en su totalidad y debe ser proporcionado a Mission Physical Rehabilitation antes de que se inicien los servicios terapéuticos

CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA EL RESPONSABLE SECUNDARIO DE PAGO

Persona que proporciona la información: _____ Relación con el paciente:
 Nombre _____ del _____ paciente:
 Número _____ HIC:
 Edad del paciente: _____ Sexo del paciente:
 Razón por la cual el paciente tiene derecho a Medicare
 _____ Edad _____ Incapacidad _____ Enfermedad renal en etapa final (ESRD)

Información del plan de salud de grupo

1. ¿El paciente o su esposa(o) se encuentra empleado(a) actualmente? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es No: Fecha de jubilación del paciente: _____

Fecha de jubilación del/ de la esposa(o): _____

Si la respuesta es Sí, continúe.

¿El paciente o su esposa(o) se encuentra empleado(a)?

Existen: _____ 1. Menos de 20 empleados

_____ 2. Más de 100 empleados

¿El paciente se encuentra trabajando activamente? _____ Sí _____ No

Compañía _____ de _____ seguros:

Número de póliza: _____ Número de reclamación:

Nombre del plan de seguros: _____

¿El paciente se encuentra empleado? _____ Sí _____ No ¿Tiempo completo? _____ ¿Medio tiempo?

Nombre _____ del _____ empleador:

Dirección _____ del _____ empleador:

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de identificación del empleador: _____

Automóvil, información del seguro de responsabilidad pública o civil

2. ¿La enfermedad/lesión es consecuencia de un accidente (incluyendo automovilístico)? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, continúe.

Tipo de accidente no relacionado con el trabajo: _____ Automovilístico _____ Otro (describa) _____

Fecha del accidente: _____

Situación del seguro: _____ responsable _____ no responsable

Nombre _____ del _____ titular _____ de _____ la _____ póliza:

Dirección _____ del _____ titular _____ de _____ la _____ póliza:

Número de póliza o número de identificación de la reclamación:

Nombre _____ de _____ la _____ compañía _____ de _____ seguros:

Dirección _____ de _____ la _____ compañía _____ de _____ seguros:

Nombre del representante legal del paciente para el caso, si existe: _____

Teléfono del representante legal: _____

Información del seguro de compensación al trabajador

3. ¿Estuvo el paciente involucrado en un accidente de trabajo? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, continúe.

Fecha del accidente: _____

¿El paciente se encuentra trabajando? _____ Sí _____ No _____ ¿Tiempo completo? _____ ¿Medio tiempo?

Nombre del empleador: _____

Dirección _____ del _____ empleador:
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de identificación del empleador: _____
 Nombre de la compañía aseguradora: _____
 Nombre de la persona o compañía asegurada: _____
 Número de reclamación o de póliza de la compañía aseguradora: _____
 Número de reclamación de compensación al trabajador: _____
 Nombre de la agencia de compensación al trabajador en donde se presentó la reclamación: _____
 Dirección de la agencia: _____
 ¿Se ha llegado a un arreglo con respecto al caso? _____ Sí _____ Fecha _____ No _____
 Nombre del representante legal del paciente para el caso, si existe: _____
 Teléfono del representante legal: _____

Información de la autorización por la administración de veteranos (VA)

¿El paciente cuenta con una tarjeta de servicios expedida por la administración de veteranos? ___ Sí ___ No
 ¿La administración de veteranos ha expedido una autorización especial para estos servicios? ___ Sí ___ No
 ¿Ha autorizado el paciente a mandar el cobro a la administración de veteranos? _____ Sí _____ No

Información de seguro del programa Black Lung (pulmón negro)

¿El paciente tiene derecho a recibir beneficios bajo el programa Pulmón negro del Departamento del Trabajo? _____ Sí _____ No
 ¿Los servicios proporcionados se encuentran en la lista de procedimientos aprobados por el Departamento del Trabajo para el tratamiento de la enfermedad del pulmón negro? _____ Sí _____ No

 Firma del paciente Fecha

 Firma del testigo Fecha

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

(Vigente a partir del 1 de abril de 2003)

ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ FORMA SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A LA MISMA. POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.

Comprenda su registro de salud

Cada vez que usted recibe tratamiento en nuestra Clínica, se hace un registro en el cual se anotan sus lesiones, los resultados de la evaluación y de las pruebas, el diagnóstico, el tratamiento y el plan de cuidado. Esta información es la que comúnmente se conoce como “registro de salud” o “registro médico”, y sirve como base para planificar el cuidado de su salud y su tratamiento. Asimismo, es un medio de comunicación entre todos y cada uno de los profesionales que contribuyen a su cuidado. El comprender qué información se asienta en su registro y cómo puede ser utilizada esta información le ayudará a garantizar su exactitud y le permite a usted saber quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden tener acceso a información sobre su salud. El propósito de todo esto es ayudarle a tomar decisiones informadas antes de que usted autorice la divulgación de su información médica a otras personas.

Comprenda sus derechos sobre la información de su salud

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de su información, y de solicitar que se realicen correcciones a su registro de salud. Esta Clínica no está obligada a aceptar sus solicitudes, y usted no puede solicitar restricciones sobre los usos o divulgaciones requeridos por la ley. Sus derechos incluyen revisar y obtener una copia por escrito de la información sobre su salud y un detalle de todas las divulgaciones. Asimismo, usted puede solicitar que la comunicación de la información sobre su salud se realice utilizando medios alternativos, o bien direcciones alternativas de manera confidencial. Esta clínica está obligada por ley a satisfacer solicitudes razonables para recibir comunicaciones de la información sobre salud por medios alternativos o direcciones alternativas si usted expone claramente que la divulgación completa o parcial de esta información podría ponerlo en peligro. Es posible que esta clínica le pida que presente una solicitud por escrito para cualquiera de los documentos o actos a los cuales tiene derecho bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

Nuestras responsabilidades

Esta Clínica está obligada, por la ley, a mantener la privacidad de la información sobre su salud y notificarle a usted nuestros compromisos legales y prácticas de privacidad respecto de la información que compilamos y mantenemos sobre su persona. Esta Clínica tiene la obligación de respetar los términos del presente aviso, como actualmente en vigor, y de notificarle a usted si no hemos podido implementar sus restricciones o deseos razonables de comunicar la información sobre su salud por medios alternativos o a direcciones alternativas. Esta Clínica se reserva el derecho de cambiar sus prácticas y de aplicar las nuevas disposiciones con respecto a toda la información sobre salud que mantiene (incluyendo aquella información que esta clínica tenía antes de la puesta en práctica de la nueva disposición). En aquellos casos en que se realicen cambios, esta Clínica le enviará una notificación sobre los mismos a la dirección que figura actualmente en su archivo médico. Esta Clínica acuerda no divulgar información sobre su salud sin su autorización por motivos distintos a los descritos en este aviso.

Utilización o divulgación de información sobre su salud sin su autorización

Esta Clínica puede utilizar y divulgar información sobre su salud para brindar “tratamiento”, obtener “pago” y realizar nuestras “Operaciones del Cuidado de la Salud”, al igual que para otros motivos específicos como se detallan a continuación:

- **Tratamiento** – La información obtenida en esta Clínica por su terapeuta será anotada en su registro médico y utilizada para determinar el tratamiento a seguir. Para ello, el terapeuta registrará sus expectativas y las de otras personas involucradas en proporcionarle a usted los cuidados necesarios. El compartir la información sobre su salud puede progresar hacia otras personas involucradas en su cuidado, tales como sus médicos.

- **Pago** – La información de cuidado de su salud se utilizará para recibir el pago por los servicios prestados por esta Clínica. Es posible que le envíen a usted o bien a un tercero pagador una factura con documentación adjunta que lo identifique a usted, su diagnóstico, los procedimientos empleados y los suministros utilizados.
- **Operaciones de cuidado de la salud** – El equipo médico de esta Clínica utilizará su información de salud para evaluar el cuidado que usted recibió y el resultado de su caso en comparación con otros parecidos al suyo. Su información puede ser analizada con propósitos de gestión de riesgos o mejoramiento de calidad, como parte de nuestros esfuerzos por mejorar constantemente la calidad y la eficacia del cuidado y de los servicios que prestamos.
- **Asociados comerciales** – Una parte o la totalidad de su información de salud puede estar sujeta a divulgación a través de contratos de servicios que permiten a esta Clínica proporcionar cuidados de salud. Para proteger su información de salud, exigimos a nuestros asociados comerciales que cumplan las mismas normas que cumple esta Clínica, por medio de términos detallados en un acuerdo por escrito.
- **Notificación** – Su registro de salud puede ser utilizado para notificar o ayudar a miembros de su familia, representantes personales u otras personas responsables del cuidado de su salud a mejorar el bienestar de usted o para informarles acerca de su actual paradero.
- **Comunicaciones con familiares** – Utilizando nuestro mejor criterio, un familiar o amigo personal muy cercano identificado por usted, puede recibir información relevante sobre su cuidado y/o recuperación.
- **Compensación de trabajadores** – Esta Clínica dará a conocer información, hasta donde lo permita la ley, en cuestiones de compensación de trabajadores.
- **Salud pública** – Esta Clínica tiene, por ley, la obligación de divulgar información de salud a las autoridades de salud pública y/o autoridades legales encargadas del seguimiento de informes de natalidad y morbilidad. Además, la ley obliga a esta Clínica a informar sobre casos de enfermedades contagiosas, lesiones e incapacidades.
- **Cumplimiento de la ley** – Es posible que esta clínica divulgue información sobre su salud a la policía u otros funcionarios encargados de imponer el cumplimiento de la ley, tal como lo exige o permite la ley estatal, o en respuesta a una citación válida de un tribunal o jurado de acusación o citatorio administrativo.
- **Actividades de Supervisión de Salud** – Esta Clínica puede divulgar información sobre su salud a una agencia de supervisión de salud, misma que supervisa el sistema de salud y tiene la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las leyes de los programas gubernamentales de salud, tales como Medicare y Medicaid.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** – Si esta Clínica cree razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, puede divulgar información sobre su salud a la autoridad gubernamental competente autorizada por la ley para recibir informes sobre dicho abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos** - Esta Clínica puede divulgar información sobre su salud en el transcurso de procedimientos judiciales en respuesta a una orden jurídica o algún otro fin legal.
- **Conforme lo requiera la ley** - Esta Clínica puede utilizar y divulgar información sobre su salud cuando se lo exija cualquier otra ley a la cual no se haya hecho referencia en las categorías anteriores.

Utilización o divulgación de información sobre su salud con su autorización por escrito.

Cualquier otro empleo o divulgación sobre su salud, además de los mencionados anteriormente, se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento, hasta el punto en que esta Clínica utilizó o divulgó dicha información basándose en su autorización.

Para recibir mayores informes o para reportar un problema

Para recibir una explicación más detallada de este aviso, usted puede comunicarse con nuestro Director de Normatividad al 1-800-580-6285. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos, tiene derecho a presentar una queja en nuestra Línea Telefónica de Normatividad al 1-800-428-8778, o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, sin temor a represalias por parte de esta Clínica, al 1-800-368-1019..

DISPONIBILIDAD DE AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Los términos descritos en el presente aviso serán publicados en el lugar en el que se realiza el registro de pacientes. Toda persona que sea atendida en esta Clínica recibirá una copia por escrito y se le solicitará que acuse recibo de la misma. Número de teléfono para quejas sobre