



Oficina Central en Santa Rosa:
795 Farmers Lane, Suite #10
Santa Rosa, CA. 95405
Tel (707) 571- 7615

Oficina en el Este de Santa Rosa / Oakmont:
6574 Oakmont Avenue, Suite D
Santa Rosa, CA. 95409
Fax (707) 571- 8601

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Tel: () _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: ___ # de Licencia _____

Nombre del Patrón _____ Ocupación _____ # Tel. del trabajo _____

Estado civil (circule uno) Casado Soltero Viudo Divorciado **Nombre del Esposo(a)** _____

Problema relacionado con Accidente o lesión: Auto Trabajo Fecha de la lesión _____

Describe _____ **Dr. Familiar** _____

Cirugías relacionadas _____ Alergias/ Enfermedades _____

PARTE RESPONSIBLE (Si es diferente al paciente)

Nombre: _____ # de Seguro Social _____

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

de Teléfono () _____ **Relación:** Padre Esposo Otro

Fecha de Nacimiento _____ Nombre del Patrón _____ # de Tel. _____

ASEGURANZA PRIMARIA: _____

Domicilio: _____

Autorización Si No # de Tel () _____ Contacto _____

de Identificación _____ # de Grupo o de Plan _____

Cantidad deducible: \$ _____ Pagado? _____ Cantidad deducible \$ / % _____

Titular de la Póliza _____ # SS _____

Nombre del Patrón _____

ASEGURANZA _____

Domicilio: _____

Autorización: Si No # de Tel () _____

Contacto _____

de Identificación _____ # de Grupo o de Plan _____

Cantidad deducible: \$ _____ Pagado? _____ Cantidad deducible\$ / % _____

Titular de la Póliza _____ # de SS. ____ _

Nombre del Patrón _____

EN CASO DE EMERGENCIA: (Una persona que no viva con usted)

Nombre _____ Relación _____

Domicilio _____ # del Tel (Casa). _____ (Trabajo) _____

Los pagos deducibles deberán ser pagados a la hora del servicio.

Favor de leerlo cuidadosamente antes de firmarlo :

Yo solicito que los pagos de los beneficios autorizados de Medicare u otros beneficios de las aseguranzas sean hechos de mi parte para Orthopaedic and Sports Physical Therapy por cualquier servicio efectuado en mí ya sea por el médico o suplente. Autorizo a revelar mi información médica a la Administración Financiera del Cuidado de la Salud y a sus agentes la información necesaria para determinar esos beneficios pagables a los servicios relacionados. Nosotros estamos aceptando Medicare.

Yo entiendo que mi firma solicita que el pago sea hecho y autoriza la revelación de información médica necesaria para el pago del caso. Si otra cobertura de Asegurancia es indicada en el punto 9 de la HCFA-1500 de la forma de reclamo o en otra parte sobre otras formas de reclamos aprovados o reclamos hechos electrónicamente, mi firma autoriza la revelación de la información a la aseguranza o a la agencia mostrada. En casos asignados por el Medicare, el médico o el suplente acuerdan aceptar la determinación del cargo como cargo completo y el paciente es responsable sólo por el deducible, servicios de aseguranza y los no cubiertos. Los gastos del deducible y de aseguranza están basados según el cargo determinado por el Medicare. Esta autorización será válida hasta que se cancele por escrito.

Entiendo que Orthopaedic and Sports Physical Therapy le mandará el cargo a mi aseguranza como una cortesía y yo, el que firma abajo ya sea el / ella como agente o como paciente, que en consideración a los servicios ofrecidos, el / ella se obligan a pagar la cuenta. También entiendo que la mayoría de las aseguranzas (incluyendo Medicare) pagan solamente un porcentaje de los servicios del paciente dependiendo de las reglas de la póliza. En caso de que la aseguranza se niegue a pagar alguna parte, yo entiendo que el balance es mi responsabilidad.

Autorizo a Orthopaedic and Sports Physical Therapy a revelar cualquier récord médico que sea pertinente a mi aseguranza o a cualquier otro servicio de salud referente a mi caso. Esto incluye la transmisión de récords médicos por fax. He leído y entendido lo anterior.

Esta es una oficina de entrenamiento, usted pudiera ser atendido por un internista en terapia física, bajo la supervisión de un terapeuta físico con licencia.

Firma: _____
(Padre o Guardián si el paciente es menor) Fecha _____

INFORMACION SOBRE SU HISTORIA MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

¿Cuál es la razón de su visita hoy? _____

Si usted es mujer: ¿Está embarazada o tratando de quedar embarazada? Si No

¿Alguna vez le han dicho que tiene? (favor de marcar):

*Cáncer	Si No	*Osteoporosis	Si No	*Hipoglucemia	Si No
*Presión de Sangre Alta	Si No	*Enfermedad del Corazón	Si No	*Angina o dolor de pecho	Si No
*Le falta la respiración	Si No	*Embolia	Si No	*Enfermedad de Riñón/Piedras	Si No
*Infección en el tracto urinario	Si No	*Alergias	Si No	*Asma	Si No
*Fiebre reumática o Escarlatina	Si No	*Hepatitis/Ictericia	Si No	Cirrosis/enfermedad de hígado	Si No
*Polio	Si No	*Bronquitis crónica	Si No	*Neumonía	Si No
*Enfisema	Si No	*Migraña	Si No	*Anemia	Si No
*Úlcera/Problemas estomacales	Si No	*Depresión	Si No	*Lesión de espalda/cuello	Si No
*Artritis/gota	Si No	*Hemofilia	Si No	*Problema de Tiroides	Si No
*Tuberculosis	Si No	*Fibromialgia	Si No	*Epilepsia	Si No

Si contestó Si en cualquier espacio de arriba, favor de explicar: _____

Favor de anotar las medicinas que está tomando (medicinas con receta o del mostrador): _____

¿Tiene diabetes? Si No Tipo: ____ ¿Cómo la controla?: _____

¿Fuma o mastica tabaco? Si No

¿Toma esteroides o alguna medicina anticoagulante? Si No

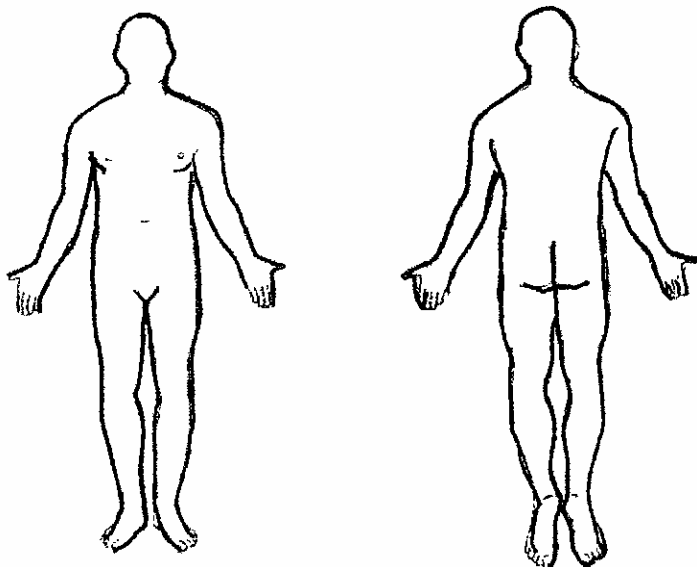
¿Ha tenido alguna enfermedad en las últimas tres semanas? Si No

¿Ha tenido alguna cirugía en el pasado? _____

¿Usted tiene? (favor de marcar):

Marcapasos Un transplante de órgano Reemplazo de Articulación Implantes de metal

¿Ha tenido algún examen para éste problema? (favor de marcar): RAYOS X MRI CT LAB



Favor de marcar en el dibujo de arriba, en las áreas donde tiene el dolor.

En el espacio de abajo, en la escala del 1 al 10 indique cuanto le duele. (1 es poco dolor y 10 es mucho dolor).

CALIFIQUE SU DOLOR DEL 1 AL 10

CON ACTIVIDAD _____

CON DESCANSO _____



Oficina Central en Santa Rosa:
795 Farmers Lane, Suite # 10
Santa Rosa, CA. 95405
(707) 571-7615

Oficina en el Este de Santa Rosa / Oakmont:
6574 Oakmont Drive, Suite D
Santa Rosa, CA. 95409
Fax: (707) 571-8601

BIENVENIDOS!

Bienvenidos a Orthopaedic and Sports Physical Therapy. (Terapia Física del Deporte y Ortopédica). Nuestro personal tiene su licencia de terapeutas físicos de California y tienen una preparación considerable de post-gradó en rehabilitación ortopédica y del deporte.

HORAS DE OFICINA

Nosotros empezamos con nuestro primer paciente a las 7:00 a.m y el último a las 5:00 p.m. La oficina está abierta de Lunes a Viernes.

CITAS

Cuando nosotros le damos una cita, nosotros tenemos ese tiempo reservado para usted, de hecho, le pedimos que en caso de que usted tenga que cambiar o cancelar la cita, nos avise con 24 horas de anticipación. En el caso de que no avise con 24 horas de anticipación se le hará un cargo de \$35.00 el cuál deberá ser pagado en su próxima cita.

POLIZA FINANCIERA

Nosotros le enviaremos el cobro a las aseguranzas como una cortesía para nuestros pacientes. Necesitamos que pague el deducible y que su recibo sea pagado a la hora del servicio. Nosotros le llamaremos a su aseguranza para la información de beneficios específicos y le informaremos de eso en su segunda visita. Si usted necesita hacer arreglos, por favor pida hablar con el gerente de la oficina.

Nosotros aceptamos: Medicare, Blue Shield, Blue Cross, CCN, PHCS y Fundación para Medical Care. El saldo que quede sin pagar después de 90 días, se le cargará un interés del 1.5% por mes y le será anadido a su cuenta.

Hay diferentes aseguranzas, pólizas y beneficios de terapia física que pueden variar. Nosotros lo invitamos a que se familiarice con sus beneficios. Nosotros nos comunicaremos con su aseguranza para ver sus beneficios, pero no le garantizamos que ellos paguen la cantidad establecida. Todas las cantidades que no sean pagadas por la aseguranza serán responsabilidad del paciente o guardián

PACIENTES DE MEDICARE

Usted necesita ver a su médico cada 30 días.

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de Orthopaedic and Sports Physical Therapy.

Esperamos que su experiencia haya sido benéfica y placentera.

He leído y entendido la información de arriba.

Firma: _____ Fecha _____
(Paciente o Guardián)



ORTHOPAEDIC AND SPORTS PHYSICAL THERAPY POLÍTICA DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

QUIÉNES SEGUIRÁN Y CUMPLIRÁN LA INFORMACIÓN EN ESTA NOTIFICACIÓN:

Esta notificación describe las prácticas de OSPT y de:

- cualquier miembro del personal de cuidado de la salud autorizado para ingresar información en su registro médico.
- todos los departamentos dentro de la agencia.
- todos los empleados y miembros del personal de OSPT.
- cualquier miembro de un grupo estudiantil/voluntario que permitimos que le ayude mientras usted recibe cualquier servicio.

Todas las entidades, sitios y ubicaciones de OSPT cumplen con los términos mencionados en esta notificación. Además, dichas entidades, sitios y ubicaciones podrán compartir información médica entre ellos, con el propósito de proporcionar el tratamiento, pago o cuidado de la salud descrito en esta notificación.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACION MÉDICA:

Comprendemos que la información médica que tiene que ver con su salud es personal. Por lo tanto, nos comprometemos a proteger la privacidad de esta información. En OSPT, creamos un registro de los servicios y el cuidado que usted recibe con nosotros. Este registro es necesario para proporcionarle un cuidado de alto nivel y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación se aplica a todos los registros que tienen que ver con su cuidado y que son generados por OSPT.

Esta notificación indica las formas en las cuales podemos utilizar y divulgar su información médica. Podemos compartir dicha información verbalmente, por transmisión electrónica, por registros de papel o por fax, según sea apropiado. Describe, además, sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a cómo su utilizará y compartirá su información médica.

Nosotros estamos obligados por ley a:

- asegurarnos de que se mantenga en privado la información médica que lo identifique a usted;
- entregarle esta notificación de nuestros compromisos legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- aplicar los términos de la notificación que esté vigente actualmente.

CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen las formas en las cuales usamos y compartimos información médica. A continuación explicaremos cada categoría. Algunas categorías no incluyen una descripción de cómo usamos o compartimos información. Sin embargo, todas las formas en las cuales nos es permitido usar y compartir información cae dentro de una de las categorías a continuación.

Para Tratamientos: Podemos usar su información médica para proporcionarle tratamiento y servicios. Podemos compartir su información médica con los médicos, enfermeras, técnicos u otro personal de la agencia que están involucrados en su tratamiento y cuidado. Por ejemplo, si su psiquiatra y demás miembros del equipo clínico quieren enviarlo a un lugar residencial con

cuidado las 24 horas para que el personal residencial pueda supervisar las medicinas que usted está tomando, compartiríamos su información médica protegida para que el personal residencial tenga acceso a toda la información médica necesaria para proporcionar dicho servicio.

Para Pagos: Podemos usar y compartir su información médica con el fin de cobrar y recibir pagos de usted, de una compañía de seguros, o de un tercero, por el tratamiento y servicios que usted recibió en la agencia. Esto incluye, además, compartir información médica con su plan de seguros, con el fin de obtener aprobación previa para tratamientos y procedimientos. Por ejemplo, nosotros podríamos darle información a su plan de seguros acerca de su hospitalización para que su plan de salud nos pague por su estadía en el hospital.

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Podemos usar y compartir su información médica para las operaciones de nuestra agencia. Esto es necesario para el funcionamiento de la agencia y para cerciorarnos de que todos nuestros clientes estén recibiendo cuidado de buena calidad. Por ejemplo, podemos usar y compartir su información médica para revisar el cumplimiento de OSPT con los requisitos del Departamento de Servicios de Salud de California o con las normas de la Comisión Adjunta de Acreditación de las Organizaciones en el Cuidado Médico (JCAHO). También podemos usar y compartir su información médica para contactarlo y recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento en la agencia.

Personas Involucradas con su Cuidado: Podemos compartir su información médica con un amigo o familiar involucrado en su cuidado médico, según lo permite la ley estatal de Arizona y conforme a las políticas y procedimientos de OSPT. Esta información es limitada y no se compartirá sin su autorización escrita.

Información de HIV y el Abuso de Sustancias: Toda información médica con respecto al abuso de sustancias se mantiene estrictamente confidencial y se comparte únicamente en cumplimiento con la ley federal y estatal. Se compartirá su información médica relacionada con el alcohol, el abuso de sustancias o el estado de HIV solamente con su autorización escrita. No es suficiente una autorización general otorgando permiso para compartir información médica u otra información.

El Derecho de Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que podrá utilizarse para tomar decisiones acerca de su cuidado. Para inspeccionar y copiar dicha información médica, usted debe presentar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de OSPT. Si solicita una copia de dicha información, podrá recibir una copia al año sin costo alguno. Si solicita copias adicionales durante el año, posiblemente se le cobrará por los gastos de las copias, el envío y cualquier otro efecto relacionado con su solicitud.

Su solicitud podrá ser negada en ciertas circunstancias limitadas. Si se le ha negado el acceso a parte o a toda la información médica, usted puede solicitar que la negación sea evaluada. Usted recibirá información, por escrito, en cuanto al proceso de evaluación si se le ha negado acceso a su información médica.

El Derecho de Corregir Información. Si usted considera que la información médica que tenemos de usted es incorrecta o incompleta, puede pedir que corriamos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una corrección mientras tengamos la información en OSPT. Para solicitar una corrección, debe hacer su petición por escrito y entregársela al Oficial de Privacidad de OSPT. Además, usted debe proporcionar una razón que corrobore su solicitud. Las solicitudes que no sean hechas por escrito o que no ofrezcan una razón que pruebe su reclamo, podrán ser negadas. Igualmente, podremos negar su solicitud si usted pide que:

- se corrija información que no fue producida por nosotros, a menos que la persona o la institución que produjo la información no está disponible para corregirla;
- se corrija información que no forma parte de la información que mantiene OSPT;
- se corrija información que no forma parte de la información que usted está autorizado para revisar y copiar; o
- si la información es correcta y completa.

El Derecho de Recibir una Lista de Información Compartida. Usted tiene el derecho de solicitar una “Lista de Información Compartida” (*Accounting of Disclosures*). Esta es una lista de la información médica que hemos compartido con personas o entidades fuera de OSPT. No incluye:

- información compartida como parte de tratamientos, pagos u operaciones del cuidado de la salud y/o
- información compartida con su autorización escrita.

Para solicitar esta “Explicación de Información Compartida”, usted debe entregar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de OSPT. Su solicitud deberá especificar un período de tiempo no superior a los seis años y no debe incluir fechas antes del 14 de abril de 2003.

El Derecho de Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o límite en cuanto a la información médica suya que usamos o compartimos con otros. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo con la solicitud, la cumpliremos, a menos que sea necesario usar la información para tratarlo en un caso de emergencia. Para solicitar restricciones, deberá entregar una solicitud escrita al Oficial de Privacidad de OSPT. Dicha solicitud debe especificar cuál información debe ser restringida y a quiénes se deben aplicar estas restricciones.

El Derecho de Solicitar Comunicación en Forma Confidencial. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de asuntos médicos en cierta forma o en cierto lugar si piensa que de no hacerlo así, estará en peligro. Por ejemplo, podrá solicitar que lo contactemos en cierta dirección o teléfono. Para solicitar confidencialidad en las comunicaciones, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de OSPT. . No le preguntaremos la razón por dicha.

El Derecho de Recibir una Copia de esta Notificación. Usted tiene el derecho de recibir una copia de esta notificación, en papel. Podrá solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Solicítela por escrito al Oficial de Privacidad de OSPT.

RECLAMOS:

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede enviar su reclamo, por escrito, al Oficial de Privacidad de OSPT. El Oficial de Privacidad de OSPT al 571-7615. Si no podemos resolver el asunto, usted tiene el derecho de registrar una queja escrita con el Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE.UU. (*United States Secretary of the Department of Health and Human Services*). Al registrar un reclamo, usted no será penalizado y la calidad de su cuidado no será afectada en forma negativa.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Cualquier situación en la cual se usa o se comparte información médica que no aparece en esta notificación o en las leyes que se aplican a nosotros, se hará únicamente mediante su autorización escrita. Sin embargo, si usted nos proporciona una autorización escrita para usar o compartir su información médica, usted podrá revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Una vez revocada dicha autorización, de ahí en adelante OSPT no usará ni compartirá su información médica por las razones detalladas en su autorización escrita. Usted entiende que nosotros no podemos revocar ninguna información ya compartida con otros, con base en una autorización suya.

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de OSPT al 571-7615.

OSPT
RECEIPT OF PRIVACY NOTICE
RECIBO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

I, _____, have received a copy of OSPT's Privacy Notice.
(print client name)

Yo, (escriba el nombre del cliente) recibí una copia de la Política de Privacidad de OSPT.

Client/Representative name: _____
Nombre del Cliente/Representante