

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

- 947 Blanco Circle, Suite B Salinas, CA 93901 Phone: (831) 422-4782 Fax: (831) 422-4784
- 160 Harden Pkwy, Ste 101 Salinas, CA 93906 Phone: (831) 442-7110 Fax: (831) 442-2358

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Por favor presentar su tarjeta de seguro médico para copiar

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo: M F
# de Seguro Social:	Estado de Empleo: Empleado Desempleado Retirado Estudiante		Estado Marital: Soltero Casado Otro		
Domicilio:					
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:		Teléfono de Celular:	
Empleador:			Medico que lo Refirió:		
En Caso de Emergencia A Quien Contactamos:		Relación al Paciente:		# Casa:	
Domicilio:				# de Trabajo:	
Persona Responsable: (Si el Paciente es Menor:		Relación:	# de Seguro Social:	Fecha De Nacimiento:	
# Casa:	# Trabajo:	Empleador:			

PÓLIZA DE PAGO

Es la póliza de Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc que su pago es debido y debe ser hecho cuando se rinde el servicio a menos que otros arreglos financieros se hayan hecho por adelantado. Nuestros cargos de la terapia física se basan en los procedimientos y las modalidades usadas y la longitud de su tratamiento. Los tratamientos son generalmente de 60 minutos y varían depende del tipo de tratamiento realizado.

Si su seguro médico cubre la terapia física, nos dará gusto mandar la cuenta a su seguro médico. Proporcione por favor su información del seguro a la recepcionista y verificaremos su cobertura como cortesía. Aunque tengamos contrato con algunos portadores de seguro médico, puede ser que nuestros servicios no sean cubiertos por su plan de seguro. Ser referido a nuestra clínica por un médico no garantiza necesariamente que su seguro cubrirá nuestros servicios. Recuerde por favor que usted es el 100% responsable de todos los cargos incurridos: la referencia de su médico y nuestra verificación del seguro no son una garantía de pago. No asuma que usted no deberá nada si usted tiene más de una póliza de seguro médico. Si usted necesita hacer un arreglo especial, por favor discuta esto con el administrador de oficinas antes de comenzar sus tratamientos.

PÓLIZA DE CONSENTIMIENTO

Consentimiento para Tratamientos de Terapia Física

La información antedicha está correcta al mejor de mi conocimiento. En firmar abajo, yo acuerdo ser tratado por el personal de Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. según lo prescrito por mi médico y recomendado por mi terapeuta físico. Si me enfermo durante el tratamiento en Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. doy permiso al personal de administrar los tratamientos que ellos consideren necesarios a mi bienestar. Autorizo dar la información médica necesaria a mi compañía de seguro para procesar las demandas por los servicios rendidos por Balance Physical Therapy-Burnwall Rehab. Autorizo que el pago de beneficios médicos sea directamente a Balance Physical Therapy-Burnwall Rehab. Entiendo que soy financieramente responsable a Balance Physical Therapy & Human-Burnwall Rehab por todos los cargos no pagados.

Firma de Paciente: _____
(Firma de Guardián si el Paciente es Menor de Edad)

Fecha: _____

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre:	Edad:	Preocupación actual ó problema:	Inicio del problema:
---------	-------	---------------------------------	----------------------

I.) HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

1. CANCER	SI O	NO O	Tipo(s), incluya fecha del diagnostico:
-----------	---------	---------	---

2. INFECCION:	SI	NO	3. CARDIOVASCULAR:	SI	NO
Infecciones crónicas urinarias / infección del riñón	O	O	Enfermedades del corazón	O	O
Pulmonía	O	O	Coágulos de sangre en el brazo o pierna	O	O
Infección de huesos	O	O	Arterias bloqueadas en las piernas	O	O
Condiciones virales	O	O	Presión Alta	O	O
Otras Infección:	O	O	Embolia	O	O
			Otro: _____		

4. CONDICIONES MEDICAS:	SI	NO	4. CONDICIONES MEDICAS:	SI	NO
Desordenes reumatológicos	O	O	Artritis	O	O
Enfermedades del pulmón	O	O	Osteoporosis	O	O
Enfermedades del Riñón	O	O	Mareos ó Caídas	O	O
Enfermedades Gastrointestinales	O	O	Depresión	O	O
Problemas Neurológicos	O	O	Inconsistencia en la vejiga o excremento	O	O
Enfermedades Sangre / anemia	O	O	Dolor de Cabeza (mas de una cada semana)	O	O
Condición del tiroides	O	O	Dificultad de Visión ó auditaria	O	O
Gota	O	O	Alergias	O	O
Diabetes	O	O	Condiciones ginecologas	O	O
Enfermedades Dermatológicas	O	O	Otras enfermedades: _____		

II) FAVOR DE APUNTAR TODOS SUS MEDICAMENTOS INCLUYENDO LA FRECUENCIA Y DOSIS: (recetada y no recetada)

	Frecuencia	Dosis		Frecuencia	Dosis
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		
6.			12.		

III.) OPERACIONES O / Y HOSPITALIZACIONES	IV.) OTRAS CONDICIONES RECIENTES:	SI	NO
1. Fecha:	1. Perdida de peso repentina y no planeada	O	O
2. Fecha:	2. Dolor nocturno inexplicable	O	O
3. Fecha:	3. Fiebres o sudores en la noche	O	O
4. Fecha:	4. Nausea / Vomito	O	O
5. Fecha:	5. Debilidad ó cansancio inexplicable	O	O
6. Fecha:	6. Esta usted embarazada? (solo para Mujeres)	O	O

HABITOS RELACIONADOS CON LA SALUD							
Fumar	Si	No	Cafeína	Si	No	Bebidas Alcohólicas	
< 1 paquete / día	O	O	0-2 tazas / día	O	O	0-2 días / semana	0-3 bebidas / semana
> 1 paquete / día	O	O	> 2 tazas / día	O	O	5 días /	5-7 bebidas / semana
Sensibilidad al hielo	O	O	Sensibilidad al calor	O	O	6-7 días / semana	7+ bebidas / semana
Experiencia anterior con terapia física?	O	O	Donde y Porque?				

***Favor de usar el otro lado del papel si requiere mas espacio

Afirmo que la información dada es correcta y verdadera

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Iniciales de Terapeuta: _____

(Firma del Guardián si el paciente es menor de edad)

Por favor puntúe su habilidad o capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana. Para ello marque con un círculo el número apropiado para cada respuesta.

	Ninguna Dificultad	Dificultad leve	Dificultad Moderada	Mucha Dificultad	Imposible de realizar
1. Abrir un bote de cristal nuevo.	1	2	3	4	5
2. Escribir.	1	2	3	4	5
3. Girar una llave.	1	2	3	4	5
4. Preparar una comida.	1	2	3	4	5
5. Empujar y abrir una puerta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en una estantería situadas por encima de su cabeza.	1	2	3	4	5
7. Realizar tareas duras de la casa (p. ej. fregar el piso, limpiar paredes, etc.).	1	2	3	4	5
8. Arreglar el jardín.	1	2	3	4	5
9. Hacer la cama.	1	2	3	4	5
10. Cargar una bolsa del supermercado o un maletín.	1	2	3	4	5
11. Cargar con un objeto pesado (más de 5 Kilos).	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla del techo o situada más alta que su cabeza.	1	2	3	4	5
13. Lavarse o secarse el pelo.	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda.	1	2	3	4	5
15. Ponerse un jersey o un suéter.	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar la comida.	1	2	3	4	5
17. Actividades de entretenimiento que requieren poco esfuerzo (p. ej. jugar a las cartas, hacer punto, etc.).	1	2	3	4	5
18. Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro, o mano (p. ej. golf, martillar, tenis, o a la petanca)	1	2	3	4	5
19. Actividades de entretenimiento en las que se mueva libremente su brazo (p. ej. jugar al platillo "frisbee," badminton, nadar, etc.).	1	2	3	4	5
20. Conducir o manejar sus necesidades de transporte (ir de un lugar a otro).	1	2	3	4	5
21. Actividad sexual.	1	2	3	4	5

	No, para nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
22. Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo, o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos, o grupos?	1	2	3	4	5

	No, para nada	Un poco	Regular	Bastante limitado	Imposible de realizar
23. Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro, o mano?	1	2	3	4	5

Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas.

	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
24. Dolor en el brazo, hombro, o mano.	1	2	3	4	5
25. Dolor en el brazo, hombro, o mano cuando realice cualquier actividad específica.	1	2	3	4	5
26. Sensación de calambres (hormigueos y alfilerazos) en su brazo, hombro, o mano.	1	2	3	4	5
27. Debilidad o falta de fuerza en el brazo, hombro, o mano.	1	2	3	4	5
28. Rigidez o falta de movilidad en el brazo, hombro, o mano.	1	2	3	4	5

	No	Leve	Moderada	Grave	Dificultad extrema que me impedía dormir
29. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro, o mano?	1	2	3	4	5

	Totalmente falso	Falso	No lo sé	Cierto	Totalmente cierto
30. Me siento menos capaz, confiado o útil debido a mi problema en el brazo, hombro, o mano.	1	2	3	4	5

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

PERMISO PARA OBTENER EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del Paciente:	Inicial:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
----------------------	----------	-----------	----------------------

- No, yo no doy autorización a Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc para obtener los expedientes médicos que estén relacionados con mi condición actual.
- Si, yo doy autorización a Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc para obtener los expedientes médicos que estén relacionados con mi condición actual.

Yo, el firmador, doy autorización a _____ para
(Nombre del Doctor o de la Oficina Médica)
soltar copias de los siguientes expedientes a Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

<input type="checkbox"/> Visitas de Oficina	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Reportes de Cirugía	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Reportes Radiológicos	
<input type="checkbox"/> Rayos-X	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Imagen de Resonancia Magnética	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> CT	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Escaneo de Huesos	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Otro	Fecha: _____
_____ (Por favor especifique)	

Firma del Paciente: _____
(Firma del Guardián si el paciente es menor de edad)

Fecha: _____

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como la información medica sobre usted puede ser usada o como usted puede tener acceso a esta información. Favor de revisar con cuidado.

DEBER LEGAL DE BALANCE PHYSICAL THERAPY

Por ley Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. tiene la obligación de proteger su información medica, proveer esta notificación sobre nuestras practicas y adherir a la información de practicas que se describen aquí.

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. utilizara su información medica principalmente para su tratamiento; obtener pago por el tratamiento, para conducir actividades administrativas internas, y para evaluar la calidad del cuidado que proveemos. Por ejemplo, podríamos usar su información medica para recordarle de sus citas, o para informarle sobre otros tratamientos de salud que le puedan interesar y beneficiar.

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. también podría utilizar o revelar su información medica sin autorización para urgencias, para investigaciones medicas, propósito de auditorias y para propósitos públicos de estadística medica. También proveemos la información cuando la ley lo requiere. En cualquier otra situación nuestra regla es primero obtener su autorización por escrito antes de revelar su información medica. Si nos da una autorización por escrito para revelar cualquier información, usted podrá revocar la autorización para no revelar cualquier información en el futuro.

Balance Physical & Human Performance Center, Inc. puede cambiar sus reglas en cualquier momento. Cuando se hagan cambios, un nuevo aviso de privacidad será puesto en la sala de espera y una copia se le dará a usted en su siguiente visita. Usted también puede solicitar una copia de nuestro aviso de privacidad en cualquier momento.

DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de revisar ó obtener una copia ó su información medica personal en cualquier momento. Si usted solicita copias podríamos cargarle un honorario. Usted puede comunicarse con nosotros usando la información dada al final de este aviso. Para una explicación completa de nuestros honorarios. Usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos cualquier error ó información incompleta en sus expedientes. También tiene el derecho de solicitar una lista de ocasiones por las que hemos revelado su información medica por razones no relacionadas al tratamiento, pago ó otras actividades administrativas. También puede pedir por escrito que no utilicemos o demos su información medica para tratamiento, pago y actividades administrativas con la excepción de cualquier circunstancia de urgencia ó cuando la líelo requiere. Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. tendremos en consideración todas sus peticiones en base a cada caso, pero las reglas no requieren que lo aceptemos legalmente.

DUDAS Y QUEJAS

Si usted tiene dudas de que hayamos violado su derecho de privacidad o si no esta de acuerdo con cualquier decisión que tomamos en relación con el uso o revelación de su información medica, por favor comuníquese con nuestro gerente a la dirección dada abajo. También puede mandar una queja por escrito al Departamento de Salud y Recursos Humanos de US a la dirección dada abajo.

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

Attn: Jessica Murillo, Gerente de Reglas

947 Blanco Circle, Suite B

Salinas, CA 93901

www.info@balancept.com

Pone: (831) 422-4782 Fax: (831) 422-4784

Departamento de Salud y Recursos Humanos de US

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, DC 20201

www.os.dhhs.gov

*****Por Favor mantenga esta copia para sus expedientes*****

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

947 Blanco Circle, Suite B Salinas, CA 93901 Teléfono: (831) 422-4782 Fax: (831) 422-4784
160 Harden Pkwy, Ste 101 Salinas, CA 93906 Teléfono: (831) 442-7110 Fax: (831) 442-2358

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS PRIVADAS

He leído y entendido completamente el Aviso de Practicas Privadas de Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. Entiendo que Balance Physical Therapy-Burnwall Rehab puede utilizar o puede revelar mi información médica personal para los propósitos de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de servicios proporcionados y alguna operación administrativa relacionada al tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho para restringir cómo mi información médica es usada y revelada para el tratamiento, pago y operaciones administrativas si notifico a la oficina. Entiendo también que Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. considerará las peticiones para la restricción en base a cada caso, pero no tiene que aceptar las restricciones pedidas.

Por ahora doy permiso al uso y revelación de mi información médica personal para propósitos especificados en el Aviso de Practicas Privadas de Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento notificando por escrito en cualquier momento a la oficina.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Por favor Imprima)

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
(Firma del guardián si el paciente es menor de edad)