

# 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 varian 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:
-----------	---------	---------	---

<b>2. INFECCION:</b>	SI	NO	<b>3. CARDIOVASCULAR:</b>	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: _____		

<b>4. CONDICIONES MEDICAS:</b>	SI	NO	<b>4. CONDICIONES MEDICAS:</b>	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

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

### HABITOS RELACIONADOS CON LA SALUD

<b>Fumar</b>	Si	No	<b>Cafeína</b>	Si	No	<b>Bebidas Alcohólicas</b>	
< 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
<b>Sensibilidad al hielo</b>	O	O	<b>Sensibilidad al calor</b>	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)

## INDICE DE LA ESPALDA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Este cuestionario le dará información a su proveedor de salud sobre como la condición de su espalda afecta su vida diaria. Por favor conteste cada sección marcando la frase que aplica a su condición. Si dos o más frases in una sección describen su condición, por favor marque la frase que describe su condición con más exactitud.

### Intensidad del Dolor

0. El dolor va y viene y es muy suave.
1. El dolor es suave y no varia mucho.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es moderado y no varia mucho.
4. El dolor va y viene y es muy severo.
5. El dolor es muy severo y no varia mucho.

### Al Dormir

0. No tengo dolor cuando estoy acostado.
1. Tengo dolor cuando estoy acostado pero no evita que duerma bien.
2. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 25%.
3. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 50%.
4. Debido al dolor, mi sueño normal se ha reducido menos del 75%.
5. El dolor no me deja dormir.

### Al Sentarse

0. Puedo sentarme en cualquier silla por tanto tiempo como quiera.
1. Puedo sentarme solamente en mi silla favorita por tanto tiempo como quiera.
2. El dolor no me permite sentarme por más de una hora.
3. El dolor no me permite sentarme por más de media hora.
4. El dolor no me permite sentarme por más de 10 minutos.
5. Evito sentarme porque esto aumenta el dolor inmediatamente.

### Al Estar De Pie

0. Puedo estar parado por tanto tiempo como quiera sin dolor.
1. Tengo algún dolor mientras que estoy parado pero el dolor no aumenta con el tiempo.
2. No puedo estar parado por más de una hora sin que el dolor aumente.
3. No puedo estar parado por más de media hora sin que el dolor aumente.
4. No puedo estar parado por más de 10 minutos sin que el dolor aumente.
5. Evito estar parado porque esto incrementa el dolor inmediatamente.

### Al Caminar

0. No tengo dolor mientras que camino.
1. Tengo algún dolor mientras que camino pero el dolor no aumenta con la distancia.
2. No puedo caminar más de una milla sin que el dolor aumente.
3. No puedo caminar más de media milla sin que el dolor aumente.
4. No puedo caminar más de un cuarto de milla sin que el dolor aumente.
5. No puedo caminar sin que el dolor aumente.

### Cuidado Personal

0. No tengo que cambiar mi manera de bañarme o vestirme para evitar el dolor.
1. No he cambiado mi manera de bañarme o vestirme aunque esto causa algo de dolor.
2. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero no he cambiado mi manera de hacerlo.
3. El bañarse o vestirse incrementa el dolor pero me ha sido necesario cambiar mi manera de hacerlo.
4. Debido al dolor, no puedo hacer alguna parte de mi baño o vestido sin ayuda.
5. Debido al dolor, no puedo bañarme o vestirme sin ayuda.

### Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin que cause más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso.
3. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantarlos si son convenientemente colocados (por ejemplo, en una mesa).
4. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo levantar objetos livianos o medianamente pesados si son colocados convenientemente.
5. Puedo levantar solamente objetos muy ligeros.

### Al Viajar

0. No tengo dolor al viajar.
1. Tengo algo de dolor al viajar pero ninguna de mis maneras habituales de viajar empeoran el dolor.
2. Tengo más dolor al viajar pero esto no me obliga a buscar otras formas de viajar.
3. Tengo más dolor al viajar lo que me obliga a buscar otras formas de viajar.
4. El dolor ha restringido todas las formas de viaje excepto cuando voy acostado.
5. El dolor ha restringido todas las formas de viaje.

### Vida Social

0. Mi vida social es normal y no me causa más dolor.
1. Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
2. El dolor no ha tenido un efecto significativo en mi vida social aparte de limitar mis intereses más enérgicos (por ejemplo, bailar, etc).
3. El dolor ha restringido mi vida social y no salgo muy frecuentemente.
4. El dolor ha restringido mi vida social a mi casa.
5. Dificilmente tengo alguna vida social debido al dolor.

### Cambio en el Grado de Dolor

0. Mi dolor esta mejorando rápidamente.
1. Mi dolor fluctúa pero está mejorando definitivamente.
2. Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta.
3. Mi dolor no está ni mejorando ni empeorando.
4. Mi dolor está empeorando gradualmente.
5. Mi dolor está empeorando rápidamente.

Index Score = [Sum of all statements selected / (# of sections with a statement selected x 5)] x 100

Back Index Score \_\_\_\_\_

# 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 corriamos 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](mailto: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](http://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)