

# 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 <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Tipo(s), incluya fecha del diagnostico:
-----------	-----------------------------	-----------------------------	---

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

<b>4. CONDICIONES MEDICAS:</b>	SI	NO	<b>4. CONDICIONES MEDICAS:</b>	SI	NO
Desordenes reumatológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades del pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades del Riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mareos ó Caídas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades Gastrointestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas Neurológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inconsistencia en la vejiga o excremento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades Sangre / anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Cabeza (mas de una cada semana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condición del tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dificultad de Visión ó auditaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Condiciones ginecologas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades Dermatológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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:	1. Perdida de peso repentina y no planeada	SI	NO
2.	Fecha:	2. Dolor nocturno inexplicable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Fecha:	3. Fiebres o sudores en la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Fecha:	4. Nausea / Vomito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Fecha:	5. Debilidad ó cansancio inexplicable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Fecha:	6. Esta usted embarazada? (solo para Mujeres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### HABITOS RELACIONADOS CON LA SALUD

Fumar	Si	No	Cafeína	Si	No	Bebidas Alcohólicas	
< 1 paquete / día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-2 tazas / día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-2 días / semana	0-3 bebidas / semana
> 1 paquete / día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	> 2 tazas / día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 días /	5-7 bebidas / semana
<b>Sensibilidad al hielo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Sensibilidad al calor</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6-7 días / semana	7+ bebidas / semana
Experiencia anterior con terapia física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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 DEL CUELLO

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

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

### Intensidad del Dolor

0. No tengo dolor en este momento.
1. El dolor es muy suave en este momento.
2. El dolor va y viene y es moderado.
3. El dolor es severo en este momento.
4. El dolor es muy severo en este momento.
5. El dolor es el peor que puedo imaginar en este momento.

### Al Dormir

0. No tengo ningún problema durmiendo.
1. Mi sueño esta levemente alterado (desvelado por menos de 1 hora).
2. Mi sueño esta ligeramente alterado (desvelado por 1-2 horas).
3. Mi sueño esta moderadamente alterado (desvelado por 2-3 horas).
4. Mi sueño esta bastante alterado (desvelado por 3-5 horas).
5. Mi sueño esta completamente alterado (desvelando por 5-7 horas).

### Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello leve.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo leer tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Dificilmente puedo leer debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo leer debido al dolor de cuello.

### Concentración

0. Puedo concentrarme completamente sin dificultad.
1. Puedo concentrarme completamente con ligera dificultad.
2. Tengo algún grado de dificultad para concentrarme.
3. Tengo mucha dificultad al concentrarme.
4. Tengo muchísima dificultad al concentrarme.
5. No puedo concentrarme.

### Trabajo

0. Puedo hacer tanto trabajo como deseo.
1. Puedo hacer solamente mi trabajo habitual pero no más.
2. Puedo hacer la mayoría de mi trabajo habitual pero no más.
3. No puedo hacer mi trabajo habitual.
4. Dificilmente puedo hacer algo de trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

### Cuidado Personal

0. Puedo cuidar de mi mismo normalmente sin causar más dolor.
1. Puedo cuidar de mi mismo normalmente pero esto causa más dolor.
2. El cuidar de mi mismo es doloroso y soy muy lento y cuidadoso.
3. Necesito alguna ayuda pero puedo hacer la mayor parte de mi cuidado personal.
4. Necesito alguna ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
5. No me visto, me baño con dificultad y permanezco en cama.

### Al Levantar Objetos

0. Puedo levantar objetos pesados sin causar más dolor.
1. Puedo levantar objetos pesados pero esto causa más dolor.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del piso, pero puedo hacerlo si los objetos son colocados convenientemente (por ejemplo, en una mesa).
3. El dolor no permite levantar objetos pesados del piso pero puedo levantar objetos ligeros o mediamente pesados si son colocados convenientemente.
4. Puedo levantar solamente objetos ligeros.
5. No puedo levantar o cargar alguna cosa.

### Al Conducir

0. Puedo conducir mi carro sin ningún dolor en el cuello.
1. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello ligero.
2. Puedo conducir mi carro tanto como quiero con dolor de cuello moderado.
3. No puedo conducir mi carro tanto como quiero debido a dolor de cuello moderado.
4. Dificilmente puedo conducir debido a dolor de cuello severo.
5. No puedo conducir mi carro debido al dolor de cuello.

### Recreación

0. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello.
1. Puedo tomar parte en todas mis actividades recreativas con dolor de cuello ligero.
2. Puedo tomar parte en la mayoría pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
3. Puedo tomar parte solamente en unas pocas de mis actividades recreativas debido al dolor de cuello.
4. Dificilmente puedo realizar algunas actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa.

### Dolor de Cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves los cuales son infrecuentes.
2. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son infrecuentes.
3. Tengo dolores de cabeza moderados los cuales son frecuentes.
4. Tengo dolores de cabeza severos los cuales son frecuentes.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

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

Neck 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 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](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)