



Ross E. Waltz, PT, MSPT
Bridgette Lesar, PT
Angelo Sakelaris, PT

CARTA DE BIENVENIDA PARA PACIENTES NUEVOS

Estimado Paciente,

Queremos ofrecerle una cálida bienvenida a nuestra clínica y le agradecemos por haber elegido nuestro establecimiento. Nos esforzamos por ofrecer la máxima excelencia en el cuidado de la terapia física y conseguimos grandes resultados con los pacientes.

Creemos que la ATS Terapia Física se trata de ayudar a la gente a obtener los mejores resultados posibles. Para que podamos ayudarle a usted y para poder ofrecer constantemente la misma ayuda a los demás, debemos estar de acuerdo a la práctica hacia el respeto mutuo y la cortesía.

Esto incluye:

1. Vamos a dar cada aviso, el uno al otro con al menos 24 horas para las citas canceladas. **ATS Terapia Física cobrará \$ 75.00** (código 97110) para la no presentación de su cita / no llamadas o notificación tardía de cancelación.

2. Vamos a hacer todo lo posible para recordarle citas futuras, pero, naturalmente, no podemos repetidamente guardar una "ventana de tiempo" para usted si usted frecuentemente las pierde. Después de la 3 cita sin presentación (sin previo aviso de cancelación) nos reservamos el derecho de sugerir que utilice otro terapeuta físico (si está disponible) para su rehabilitación.

3. Debido al espacio limitado en la clínica, le pedimos respetuosamente que los huéspedes que le acompañan a su cita esperan en la sala de espera.

No podemos ayudarle si usted no se presenta y otro paciente pierde la oportunidad de recibir ayuda, o cuando se pierde su franja de tiempo. Sin embargo, entendemos que de vez en cuando se producen situaciones que no permiten para llamadas antes de cancelar una cita.

No dude en preguntar a cualquiera de nuestros empleados si tiene alguna pregunta con respecto a su seguro, tratamiento y vertido final. Estamos para tratar de ayudar a la gente. Ayúdanos a ayudarte!

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

Por favor complete todas las formas con **Pluma Negra**



ATS Terapia Física
850 Mill Street, Suite 300
Reno, Nevada 89502

Ross E. Waltz, PT, MSPT
Bridgette Lesar, PT
Angelo Sakelaris, PT

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos se me dan a mí bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento yo autorizo utilizar y compartir mi información de salud protegida para llevar a cabo.

- El tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto por otros profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento)
- Para obtener pago de los pagadores de terceras partes (por ejemplo, mi compañía de seguros)
- Para las operaciones de día a día de atención médica de su práctica

También se me ha informado de, y dado el derecho de revisar y obtener una copia de su *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que puedo contactarme con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza mi información de salud protegida y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que usted no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted está de acuerdo con mis restricciones, entonces está obligado a cumplir con ellas.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que se haiga producido antes de la fecha en la que yo haiga pedido revocar este consentimiento no será afectado.

Firmado el día _____ de _____, 20_____.

Impresión de Nombre del Paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma _____

Por favor escriba un número confidencial en el cual mensajes se le pueden ser dejados

Número de teléfono: _____

FISIOTERAPIA DE ARTRITIS, TRUAMA, Y DEPORTES

Por favor complete todas las formas con **Pluma Negra**

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Anos _____ Sexo: M F

Seguro Social # _____ Estado civil : S C D V

Dirección Envió _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____

Teléfono Móvil _____ Compañía de teléfono celular _____

Correo Electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección del empleado _____

Responsable financiero _____

Nombre de contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Raza: Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Negro/ Afro Americano Nativo de Hawái/ Islas del Pacifico

Blanco Otro Declino Lenguaje : Inglés Español Otra: _____

Etnicidad: No hispano/ Latino Hispano/ Latino Declino

Información de esposo(a) O SI el paciente es menor de edad, la información de los padres

Nombre (esposo(a)/ madre) _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ Seguro Social # _____

Dirección del empleado _____ Teléfono # _____

Nombre (padre) _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ Seguro Social # _____

Dirección del empleado _____ Teléfono # _____

INFORMACIÓN DE SU ASEGURANSA

Seguro Primario _____ Tenedor de Póliza _____

Dirección de Compañía de Seguro _____ Teléfono _____

Póliza / Número de Identificación _____ # De Grupo/Nombre _____

Seguro Secundario _____ Tenedor de Póliza _____

Dirección de Seguro _____ Teléfono _____

Póliza / Número de Identificación _____ # De Grupo/Nombre _____

Fue esta lesión de un accidente de vehículo de motor? No Si Tipo de lesión _____ Fecha _____

Le ocurrió esta lesión en su lugar de trabajo? No Si Fecha en la cual ocurrió la lesión _____

Tiene usted un abogado para este accidente? No Si Nombre _____

COMPENSACION DE LOS TRABAJADORES/INDUSTRIAL INFORMACION

ESTA INFORMACION DEBE SER COMPLETADA PARA QUE NOSOTROS PODAMOS COBRAR A LA
COMPENSACION DE TRABAJADORES

Portadora Industrial _____ Reclamo # _____

Nombre de Ajustador _____ Teléfono de Ajustador _____

Dirección _____

Con la firma presente yo _____ autorizo la divulgación de cualquier información relativa a todas las reclamaciones de seguro presentados en nombre de las personas dependientes o de mí mismo. Además autorizo la liberación de los registros relativos a los dependientes o de mí mismo a otros médicos, abogados, y servicios auxiliares (incluyendo, pero no limitado a tiendas de terapia o salud en el hogar). Yo doy permiso para que ustedes se pongan en contacto conmigo en me dirección y/o número de teléfono de récor, incluyendo que dejen mensajes cuando sea necesario. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados por esta oficina.

→ X _____
Firma del Paciente O sus padres si el paciente es menor de edad _____ Fecha _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre: _____

Edad _____ Fecha _____ / _____ / _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Por favor describa brevemente la lesión / limitaciones:

Como se lastimo?

- Ninguna lesión – solo empezó a doler
- Deportes (cual deporte?) _____
- Accidente de vehículo de motor
- Trabajo / empleo
- Hay un reclamo de compensación de trabajadores?
Si / No
- Otro _____

Cuál es la fecha específica de la lesión? _____ / _____ / _____

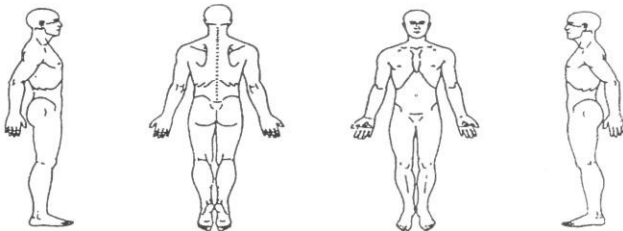
Tuviste cirugía asociada a esta queja?

No / Si Fecha _____ / _____ / _____

Un médico te mando a nosotros? Si / No

En caso afirmativo por favor da nombre/dirección de ese medico:

Donde está su problema? (Por favor marque con una "X")



Problema(s) (por favor marque todas las que aplican):

- Dolor
- Debilidad
- Inestabilidad / de pando / dislocación
- Rigidez
- Hinchazón
- Entumecimiento / hormigueo
- Otros _____

Frecuencia de dolor: 25% intermitente

50% ocasional 75% frecuente 100% constante

Que severo es el dolor? (0 = nada, 10 = dolor severo)

En descanso? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En su peor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tiene dolor en la noche? Si / No

Le despierta del suena? Si / No

Tratamientos previos para este problema?

(medicamentos, fisioterapia, inyecciones, brazaletes de soporte)

Ocupación / Trabajo? _____

Están trabajando actualmente? Si / No / Jubilado

Trabajo normal? Deber limitado?

Que es lo que hace que mejore el problema?

Que es lo que hace que el problema sea peor?

Ha tenido alguna proyección de imagen?

Rayos X No / Si Fecha: _____ Donde _____

MRI No / Si Fecha: _____ Donde _____

CAT scan No / Si Fecha: _____ Donde _____

Cirugías previas?

Historia médica: (por favor circule)

Tiene / Ha tenido asma? No / Si

Tiene / Ha tenido epilepsia? No / Si

Tiene / Ha tenido problemas de corazón? No / Si

Tiene / Ha tenido úlceras / gastritis? No / Si

Tiene / Ha tenido diabetes? No / Si

Tiene / Ha tenido HIV / AIDS No / Si

Tiene / Ha problemas de hígado? No / Si

Tiene / Ha tenido hepatitis? _____ No / Si

Tiene / Ha tenido problemas del riñón? No / Si

Tiene / Ha tenido coágulos de sangre? No / Si

Tiene / Ha tenido cancer? _____ No / Si

Usted fuma? / Ha fumado? No / Si

Otro? (Hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos)

Medicamentos: _____

Peso Actual: _____ Altura: Pies_Pulgada(s)

Firma del Paciente

Fecha