

Hairston & Daley Physical Therapy

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

(Imprima Por Favor)

Fecha:					
INFORMACIÓN DE PACIENTE					
Nombre:			<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado civil (rodee uno) Solo / Casado / Divorciado	
Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Si no, que es su nombre legal?	(Nombre anterior):	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio:		Numero de seguridad social:	Telefono: () Cellular: ()		
P.O. box:	Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Ocupación:	El nombre del empleador y dirección:		El telefono del empleador: ()		
Cual es la fecha cuando los síntomas ocurrieron primero:					
Quién lo/la refirió:					

INFORMACIÓN DE SEGURO					
(Dé por favor su tarjeta del seguro al recepcionista.)					
La persona responsable de la cuenta:	Fecha de nacimiento: / /	Domicilio (si diferente):		Numero de Telefono: ()	
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:		El telefono del empleador: ()	
Indique por favor su aseguranza primario:					
Nombre de suscriptor:	Suscriptor seguridad social:	Fecha de nacimiento: / /	Grupo No.:	Certificado No.:	Co- pago: \$
La relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro					
El nombre de su aseguranza secundario (si aplicable):		Nombre de suscriptor:		Grupo No.:	Certificado No.:
La relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro					

EN CASO DE EMERGENCIA					
El nombre de amigo o pariente locales (no viviendo en la misma dirección) :		La relación al paciente:	Numero de Telefono: ()	El telefono del empleador: ()	
El encima de información es verdad según mi leal saber y entender. Autorizo mis beneficios del seguro son pagados directamente al Hairston y Daley. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Autorizo también Hairston y Daley o la compañía de seguros para liberar cualquier información requirió a procesar mis reclamos.					
Firma de paciente/guardián				Fecha	

Hairston & Daley Physical Therapy

LA HISTORIA DE SU SALUD

(Imprima Por Favor)

Nombre:	Fecha de nacimiento:
----------------	-----------------------------

LA HISTORIA DE LA HERIDA ACTUAL:

La Queja Principal:			
Aflija la escala: (Rodee uno)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Fecha de la herida y el comienzo de síntomas:	
La frecuencia & la Duración del dolor:		El tipo del dolor: (Rodee uno)	Quemando Doliendo Agudo Otro: _____
la Ubicación del dolor:		Qué hace el dolor peor/mejor?	

HISTORIA CLINICA PASADA

¿Ha tenido jamás usted el siguiente? Rodee Si o No

Pequeña viruela	S	N	Dolores de migraña	S	N	Tendencia Sangrienta	S	N	Enfermedad de tiroides	S	N
Pulmonía	S	N	Tuberculosis	S	N	Problema de la Espalda	S	N	Hepatitis	S	N
Fiebre reumática	S	N	Diabetes	S	N	Alta presión	S	N	Enfermedad renal	S	N
Problemas de corazón	S	N	Cáncer	S	N	Baja presión	S	N	Parkinson	S	N
Artritis	S	N	Polio	S	N	Asma	S	N	Fumar	S	N
Contagioso Mono	S	N	Bronquitis	S	N	Golpe	S	N	Otro:		
Epilepsia	S	N	Hernia	S	N	Aids/HIV	S	N			

LAS CIRUGIAS RECIENTES/HOSPITALIZACIONES/LA ENFERMEDAD GRAVE

Año	Razón	Hospital

LAS MEDICINAS ACTUALES (INCLUYE SIN RECETA)

El encima de información es verdad según mi leal saber y entender. Autorizo mis beneficios del seguro son pagados directamente al Hairston y Daley. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Autorizo también Hairston y Daley o la compañía de seguros para liberar cualquier información requirió a procesar mis reclamos.

<i>Firma de paciente/guardián</i>	<i>Fecha</i>
-----------------------------------	--------------

LA REVISION DEL TERAPEUTA NOTA

<i>Therapist Signature</i>	<i>Fecha</i>
----------------------------	--------------

Hairston & Daley Physical Therapy

PÓLIZA DE SEGURO HMO/HCP

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el tratamiento es exitoso. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le pedimos que lea y firme antes de su tratamiento o evaluación de terapia física.

Todos los planes de seguros tienen diferentes políticas en cuanto a la responsabilidad de miembro para tratamientos de terapia física. Según su autorización, ha informado de nuestra oficina que su paciente responsabilidad es \$_____ **por terapia física visita** y su duración máxima del tratamiento es determinada por su terapeuta y médico.

Es mi entendimiento que mi grupo médico es _____. Estoy de acuerdo que si cualquier cambio en mi seguro suceden, notificaré a la oficina de esos cambios **INMEDIATAMENTE**. Entiendo que si cambia mi seguro y yo no notifican a la oficina, yo seré responsable por cualquier y todas las cuentas se que envió a mí que implica mi terapia física.

Póngase en contacto con su compañía de seguros directamente si tiene alguna pregunta acerca de su política y sus beneficios.

La responsabilidad del paciente **debe pagarse en el momento** que se prestan los servicios, o si lo prefiere, puede pagar su co-pago semanalmente.

Ciertos suministros médicos están disponibles para compra, por favor, comprenda que estos artículos no son reembolsables y el pago se espera en el momento de la compra. Algunos planes de seguro pagará por equipo médico duradero, pero esto requiere autorización previa y el artículo no puede solicitarse hasta que recibamos dicha autorización del grupo médico seguro.

Gracias por entender nuestra póliza de seguro. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la póliza de seguro. Estoy de acuerdo en pagar por mi responsabilidad paciente (copago).

(Firma Paciente o Representante Personal)

(la Fecha)

(el Nombre de la Impresión)

(la Relación al paciente)

He recibido una copia del encima de información.

Hairston & Daley Physical Therapy

HIPPA

(Imprima por favor)

LA LISTA DEL CONTACTO DE HIPPA

Proporciona por favor una lista de personas que pueden preguntar acerca de su fisioterapia. Esta lista puede ser actualizada en su pedido. (Los ejemplos: Las oficinas de la ley, las Escuelas, las Sofás, los Preparadores, los Esposos, los Niños, etc.)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

(Imprima por favor)

EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTA DE LA PRACTICA DE LA INTIMIDAD

Utilice y la revelación de información protegida de salud es regulada por una ley federal conocida como La Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (Hippa). Bajo Hippa, los proveedores de asistencia sanitaria son requeridos a dar pacientes su Nota de Prácticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud y hace el esfuerzo de buena fe para obtener un reconocimiento escrito que esta nota fue recibida.

Por lo tanto, yo, _____ ((imprime el nombre paciente o a representante personal), reconoce que **Hairston and Daley Physical Therapy** ha proporcionado una copia escrita de su Nota de Prácticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud a (verifica uno) yo mismo o representante personal: _____.
(Si firmando como un personal representativo, la documentación de su derecho legal hacer así debe ser proporcionada).

(Firma paciente o Representante Personal)

(la Fecha)

(el Nombre de la Impresión)

(la Relación al paciente)

SER COMPLETADO POR HAIRSTON AND DALEY PHYSICAL THERAPY

Hicimos una tentativa de buena fe para proporcionar el encima de paciente con una copia de nuestra Práctica de la Intimidad de Nota para la Información Protegida de la Salud, pero nosotros no fuimos exitosos para la razón siguiente:

(Firma de empleado)

(la Fecha)

(el Nombre de la Impresión)

(el Título)

Hairston & Daley Physical Therapy

EL RESUMEN DE NOTA DE LA INTIMIDAD PRACTICA

Una nueva ley federal conocida como la Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 ("HIPAA") entra la fuerza en el 14 de abril de 2003. Somos requeridos a darle una copia impresa de nuestra Nota de Prácticas de Intimidad. Para su conveniencia, nosotros proporcionamos este resumen breve. Cada sección tiene una sección correspondiente en nuestra Nota repleta, que nosotros le alentamos a leer en su totalidad. Somos requeridos a pedir que usted firmar un antiguo reconocimiento que usted ha recibido nuestra Nota repleta.

Sus Derechos como un Paciente. Usted tiene muchos nuevos y los derechos importantes con respecto a su información protegida de la salud. Estos son resumidos abajo y descritos con todo detalle en nuestra Nota repleta de Prácticas de Intimidad.

El uso de Información Protegida de Salud. Somos permitidos utilizar su información protegida de la salud para propósitos de tratamiento, para facilitar nuestro ser pagado, y para realizar nuestro negocio y evaluar la calidad y la eficiencia de nuestros procesos. También, somos permitidos revelar información protegida de salud bajo circunstancias específicas a otras entidades. Hemos puesto en salvaguardias de lugar para proteger la intimidad de su información de la salud. Sin embargo, es posible que haya las revelaciones casuales de información limitada, tal como oyendo por casualidad una conversación, eso ocurre en el curso de comunicaciones autorizadas, del tratamiento rutinario, del pago, o de las operaciones de nuestra práctica. HIPAA reconoce que tales revelaciones pueden ser muy difíciles de evitar enteramente, y los considera como permisible.

Para las entidades que no son cubiertas bajo HIPAA a que debemos mandar la salud protegida información para el tratamiento, para el pago, o para propósitos operacionales, nosotros requerimos que ellos firman un contrato en el que ellos concuerdan en proteger la confidencialidad de esta información.

Las revelaciones de Información Protegida de Salud que Requiere Su Autorización. Para las revelaciones que no son relacionadas al tratamiento, al pago, ni a las operaciones, nosotros obtendremos su consentimiento escrito específico, sino como descrito abajo.

Las revelaciones de Información Protegida de Salud no Requiriendo Su Autorización. Somos requeridos por el estado y la ley federal a hacer las revelaciones de cierta información protegida de la salud sin obtener su autorización. Los ejemplos incluyen la cobertura puesta bajo el mandato de las condiciones que afectan sanitaria, las citaciones, y otros pedidos legales.

Comunicación a Usted de Información Confidencial por Medios Alternativos. Si usted hace un pedido escrito, nosotros le comunicaremos información confidencial a usted por medios alternativos razonables, o a una dirección alternativa.

Las restricciones para Utilizar y la Revelación. Usted puede solicitar las restricciones al uso o la revelación de su información protegida de la salud, pero de nosotros no somos requeridos por HIPAA a concordar a tales pedidos. Sin embargo, si concordamos, entonces tenemos que honrar su pedido. En el curso de nuestro uso y la revelación de su información protegida de la salud, sólo la cantidad mínima de tal información será utilizada para alcanzar la meta destinada.

Conseguir acceso a la Información Protegida de la Salud. Usted puede solicitar el acceso a o a una copia de sus historiales médicos en la escritura. Proporcionaremos éstos dentro del período de tiempo especificaron, a menos que estemos prohibidos bajo HIPAA o por la ley aplicable del estado proporcione tales registros. Si negamos el acceso, nosotros le diremos por qué. Usted puede apelar esta decisión, que, bajo circunstancias especificadas, será revisado por un terceros no implicado en la negación.

Las enmiendas a Historiales médicos. Usted puede solicitar en la escritura que las correcciones son hechas a sus historiales médicos. Hacemos o aceptamos las enmiendas, y notificamos los partidos apropiados, o negamos su pedido con una explicación. Usted tiene los derechos de disputar tales negaciones y tener sus objeciones notadas en su historial médico.

La contabilidad de Revelaciones de Información Protegida de Salud. Usted puede solicitar a escribir una contabilidad de revelaciones de su información protegida de la salud. Esta contabilidad excluye las revelaciones hechas en el tratamiento, en el pago, o en las operaciones, y las revelaciones que fueron hechas a consecuencia de su autorización escrita.

Otros Usos de Su Información de la Salud. Los usos opcionales, como permitido bajo HIPAA, son listados en nuestra Nota completa de Prácticas de Intimidad.

Cómo Alojarse las Quejas Relacionadas a Infracciones Percibidas de Sus Derechos de la Intimidad. Usted puede registrar una queja acerca de cualquiera de nuestras prácticas de la intimidad con nuestro Funcionario de la Intimidad o con el Secretario de Servicios de Salud y Humano sin el temor de la venganza, de la coerción, o de la intimidación.