

## **DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE**

Como paciente de esta practica,usted tiene el derecho de privacidad por su Informacion Personal de Salud, y conocer dicha informacion como es propiamente mantenida en esta Practica , en acuerdo con nuestra propia politica y en acuerdo con informacion personal contable del acto de 1996(HIPAA). HIPAA fue dictado para darle a usted como paciente de un proveedor de salud y cubierto bajo un seguro, mas control sobre la informacion de salud, para determinar el uso y delego de dicha informacion, se ha establecido seguridad que el proveedor de salud y otros deben cuidar par aproteger la privacidad de Salud Personal,y cuidar de violaciones con penalidades apropiadas por la privacidad del paciente.

### **COMO PACIENTE DE ESTA PRACTICA:**

1. Usted como individuo debe recibir una notificacion escrita de su derecho de privacidad al tiempo de su primera visita a esta oficina,el documento que usted esta leyendo es la notificacion.
2. Usted tiene todo el derecho de ver su ficha medica.
3. Usted puede recibir copias de su ficha medica.(tiene que pedirlos con anticipacion)por lo permitido por HIPAA los cargos seran \$25.00 mas \$1.00 por pagina.
4. Usted puede hacer un pedido de su con historial de salud.
5. El doctor tiene el derecho de negar cualquier cosa sobre los informes del paciente, usted tiene el derecho de pedir informes a su doctor y si el se niega debe decirlo por escrito.
6. El Doctor puede estar en desacuerdo con el paciente, cada vez que el informe del paciente salga de la oficina una copia de la negacion debe ser incluida.
7. Usted tiene el derecho de reprimir los accesos de su salud a cualquiera.
8. Usted tiene el derecho del metodo de comunicacion y los telefonos y direcciones a quienes se les puede llamar o escribir.
9. Todas las entidades cubiertas bajo HIPAA , como esta practica u otro proveedor de Salud , negocios ,compañias de cobro,o administradores son designados bajo las reglas de privacidad de HIPAA y esta practica debe trabajar en tratar conseguir un tratamiento efectivo y mantener privacidad en ambas partes.
10. Esta permitido a esta practica hacer el mejor esfuerzo en mantener la informacion de salud personal dentro de esta oficina.
11. Esta oficina debera mantener la informacion de salud personal lo mas guardada posible.
12. Usted tiene el derecho de preguntar y recibir respuestas en cuanto a su privacidad en cualquier tiempo sobre sus derechos segun HIPAA.
13. Usted tiene el derecho de contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina de Derechos Civiles los cuales administran HIPAA, con preguntas o quejas a 877-696-6775 or e-mail [www,hhs/gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

# ORLANDO PHYSICAL THERAPY

• Orthopedics • Sports Medicine • Sports Conditioning and strength Training • Injury Prevention  
1321 Washington St, Hoboken NJ 07030 Phone:201-876-0001 orlandopt.com

## 1. PATIENT INFORMATION

Fecha:-----  
 SS#(usado para seguro solamente)-----  
 Apellido:-----  
 Nombre:-----  
 Direccion:-----  
 Ciudad:-----  
 Estado:-----codigo-----  
 E-mail:-----  
 Sexo M F Edad-----Fecha Nacimiento-----  
 casado  viudo  soltero  menor  separado  
 divorciado  conviviente por-----años  
 Ocupacion:-----  
 Estudio/Trabajo del Paciente:-----  
 Direccion trabajo/escuela-----  
 -----  
 Telefono escuela/trabajo-----  
 Trabajo esposo(a)-----

## 3. NUMEROS DE TELEFONO

Casa(----)-----Celular(----)-----  
 Mejor tiempo para llamar-----  
 En caso de emergencia llamar:  
 Nombre-----Relacion-----  
 Telefono(-----)-----

Describe su Dolor o disconformidad

- |                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Dolor        |          |
| <input type="checkbox"/> Calambre     | Musculo  |
| <input type="checkbox"/> Cansancio    |          |
| <input type="checkbox"/> Punzante     |          |
| <input type="checkbox"/> Quemando     | Nervio   |
| <input type="checkbox"/> Enceguecedor |          |
| <input type="checkbox"/> Ardor        |          |
| <input type="checkbox"/> Presion      | Sentido  |
| <input type="checkbox"/> Constante    |          |
| <input type="checkbox"/> Profundo     | Hueso    |
| <input type="checkbox"/> Severo       |          |
| <input type="checkbox"/> Intolerable  | Fractura |
| <input type="checkbox"/> Problema     |          |
| <input type="checkbox"/> Difuso       | Vascular |

## 2. PACIENTE

- ¿Como supo de nosotros?
- Internet
  - Doctor (nombre)-----
  - Seguro -----
  - Amigo (nombre)-----
  - Otro-----

## 4. METAS DEL PACIENTE

¿Cual es la razon de su visita?

¿Cuales son sus metas?

- 1.
- 2.
- 3.

Escala de Dolor (0=sin dolor 10=muchos dolor)

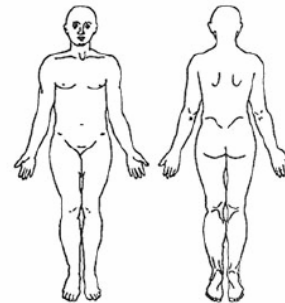
1. ¿Cual es su dolor ahora?

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

2. ¿Cual es su dolor regularmente?

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

POR FAVOR INDIQUE SU DOLOR:



## ORLANDO PHYSICAL THERAPY

• Orthopedics • Sports Medicine • Sports Conditioning and strength Training • Injury Prevention  
1321 Washington St, Hoboken NJ 07030 Phone:201-876-0001 orlandopt.com

### EN TU CONOCIMIENTO TIENES O HAS TENIDO LO SIGUIENTE:

- |                            |    |    |                            |    |    |
|----------------------------|----|----|----------------------------|----|----|
| 1. Presion alta.           | si | no | 18. Tiroides               | si | no |
| 2. Dolor en el pecho.      | si | no | 19. Inchazon en piernas    | si | no |
| 3. Colesterol alto.        | si | no | 20. dolores de cabeza      | si | no |
| 4. Tranquilo demaciado     | si | no | 21. Migranas               | si | no |
| 5. Respiración Cortada     | si | no | 22. Problemas mandibula    | si | no |
| 6. ataque al Corazon       | si | no | 23. Incontinencia urinaria | si | no |
| 7. Frios o sudores.        | si | no | 24. Insomnio               | si | no |
| 8. Problemas al Pulmon.    | si | no | 25. Depresion              | si | no |
| 9. Heridas                 | si | no | 26. Cancer/tumors          | si | no |
| 10. Efisemas/asma.         | si | no | 27. Embarazada             | si | no |
| 11. Sangramiento           | si | no | 28. Mareos                 | si | no |
| 12. Anemia.                | si | no | 29. Adormecimiento.        | si | no |
| 13. Diabetes.              | si | no | 30. Fatiga/calores         | si | no |
| 14. Diarrea/nausea/vomito. | si | no | 31. Hepatitis.             | si | no |
| 15. Bloqueos               | si | no | 32. Enfermedad al rinon    | si | no |
| 16. Desmayos.              | si | no | 33. Sida/VIH               | si | no |
| 17. Fracturas.             |    |    |                            |    |    |

Fecha: \_\_\_\_\_ Area: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Aea: \_\_\_\_\_

- Doctores que has visto en los pasados tres meses:

_____ Ortopedico	_____ Dentista	_____ Entrenador Personal
_____ Internista	_____ Neurologo	_____ Oido/Naris/Garganta
_____ Terapia Fisica	_____ Dietista/Nutricionista	_____ Yoga/Pilates
_____ control de dolor	_____ sicologo/siquiatra	_____ Quiropractico

Si es asi porque? \_\_\_\_\_

- Condiciones:

Si no ataque al Corazon	si	no	Cancer
Si no Presion alta	si	no	enfermedad mental
Si no Derrame	si	no	epilepsia
Si no Diabetes	si	no	enfermedad al rinon
Si no Alcoholismo	si	no	Depresion

Toma medicamentos : \_\_\_\_\_

Razon porque los toma; \_\_\_\_\_

Toma vitaminas/suplementos? Si no si es si digalos: \_\_\_\_\_

Toma medicinas sin recetas? Si no \_\_\_\_\_

Cirugias Fechas: \_\_\_\_\_

Rayos X, MRI,Scanners(diga donde y fecha) \_\_\_\_\_

Durante el pasado mes ha tenido placer en lo que esta haciendo? Si no

Durante el pasado mes se ha sentido deprimido? Si no

Se ha sentido inseguro en su casa? Si no

Alguien ha tratado de pegarle o lastimarlo? Si no

Si trabaja , ha tenido que dejarlo? Si no

Si es si cuantos dias a faltado por sentirse enfermo? Si no

Que actividad fisica practica regularmente? \_\_\_\_\_

Relacion si no es el paciente/Padre/Guardian si es menor \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_

# ORLANDO PHYSICAL THERAPY

• Ortopedico • Medicina Deportiva • Entrenamiento y Estiramiento deportivo • Prevencion de accidente  
1321 Washington St, Hoboken NJ 07030 Phone:201-876-0001 orlandopt.com

## RECIBO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Tengo conocimiento de los derechos de Privacidad, provistos para mi referencia y de acuerdo con la ley , he leído y entendido mis derechos de privacidad y seguridad para mi salud personal como paciente de esta practica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

Quisiera que me contactaran de la siguiente manera(chequee todas las que desee)

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ Carta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ OK dejar mensaje \_\_\_\_\_ OK enviar carta a mi casa  
\_\_\_\_\_ Dejar mensaje para llamar de vuelta \_\_\_\_\_ OK enviar a mi oficina  
\_\_\_\_\_ OK enviar fax \_\_\_\_\_

Telefono trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ OK dejar mensaje \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dejar numero para llamar de vuelta \_\_\_\_\_

*La informacion en referencia a su caso solamente sera dada a una persona autorizada.Toda autorizacion debe ser escrita.*

### Politica de Citas Perdidas

Orlando Physical Therapy trata de ser flexible lo mas posible en cuanto a emergencias y olvidos cuando se trata una cita. Sin embargo, no es nuestra responsabilidad hacer que el paciente mantenga su cita, pero haremos lo mejor para darle un recordatorio cada vez que venga a la oficina. La politica es la siguiente:

- Una vez que el Paciente no asista una vez, se le dara una advertencia en persona, telefono, correo o e-mail.
- Despues de la segunda cita perdida se le cargara \$50.00 a su cuenta.
- A tercera cita perdida o si rehusa pagar la multa, se le pedira al paciente que busque terapia en otro sitio.

Gracias por su cooperacion, si tiene alguna pregunta por favor llamenos a nuestra oficina  
Al 201-876-0001.

He leído y entendido esta nota.

Firma: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

**ORLANDO PHYSICAL THERAPY**

1321 Washington St Hoboken ,NJ 07030 telef:201-876-0001 Fax:815-331-0905

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

**Indico mi deseo de participar en rehabilitacion fisica y en un programa de entrenamiento personal ofrecido por Orlando Physical Therapy.**

**Entiendo que el proposito del programa es mejorar mi salud y ejercicios. Los ejercicios pueden incluir bicicleta,levantamiento de pesas, estiramiento para mejorar mi flexibilidad y mejorar el movimiento de mis cojunturas.**

**Entiendo que existe la posibilidad que ciertos cambios anormales puedan ocurrir durante los programas de ejercicios. Estos cambios pueden incluir palpitations anormales, subida de presion alta, dolor de musculos y cojunturas. Para evitar estos problemas cuidado profesional sera provisto todo el tiempo.**

**Verifico que mi participacion es totalmente voluntaria, y nadie me ha forzado o presionado para que yo participe.**

**He leido la informacion arriba y he entendido completamente. Entiendo que soy libre de negar cualquier pregunta durante la evaluacion o salirme del programa en cualquier tiempo. La informacion obtenida en este proceso es confidelcial y no sera discutida con nadie mas que con mi doctor.**

-----  
**firma del paciente**

-----  
**nombre en imprenta**

-----  
**fecha**

**AUTORIZACION Y ACUERDO DEL SEGURO Y POLIZA FINANCIERA.**

Nosotros tratamos de proveer el cuidado lo mejor posible. Si usted tiene seguro estaremos mas que contentos de aceptar los beneficios y llenaremos todos los documentos del seguro, verificar beneficios de su seguro para saber la cobertura de los servicios prestados.

Por favor lea los siguientes parrafos cuidadosamente. Firmando abajo usted esta de acuerdo con lo que ha leído y entendido completamente.

**ASIGNACION Y RELEVO DEL SEGURO**

Entiendo y autorizo pagos directamente de mi seguro hacia Orlando Physical Therapy por los tratamientos hacia mi. Autorizo cualquier informacion medica requerida. Entiendo que el programa de la agencia de rehabilitacion cobrara a mi seguro por los servicios prestados de acuerdo a la verificacion del mismo. Tambien entiendo que si mi compania de seguros falla en hacer pagos por mi tratamiento yo sere responsable por pagos de cualquier o todos los deductibles, copagos o cualquier cantidad de coaseguradora. Los cargos incurridos no estan sujetos a cambios o reduccion a menos que la agencia sea contactada por mi seguro. Tambien entiendo que si mi tratamiento es por alguna demanda o por culpa de terceros no me releva de mi obligacion de pagar por los servicios prestados y que esto no tiene relacion con litigacion, por lo tanto dare instrucciones a mi abogado para pagar por mi rehabilitacion por completo.-----inicial.

**EXPLICACION DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE (si aplica)**

Aceptando este asignamiento significa que el proveedor de estos servicios esta de acuerdo en aceptar lo "permitido" como cargos que son aceptados por Medicare como pagos completos. Sin embargo , usted debe recordar que Medicare generalmente paga 80% de los cargos permitidos, por lo tanto usted es responsable por el 20% del balance. Ademas del 20% usted es responsable por cualquier cantidad aplicada hacia usted por su Parte B anualmente como deducible y cualquier cargo no cubierto.

**COBERTURA SUPLEMENTAL DE MEDICARE**

Un representante de la agencia me ha explicado que bajo las lineas de Medicare, yo sere responsable por el 20% de los cargos permitidos. Tambien entiendo que si la compania de seguro suplemental falla en pagar estos cargos dentro de un tiempo razonable"o si me envian pagos directamente a mi, yo sere responsable por el pago completo. \_\_\_\_\_ inicial.

Mi firma abajo es prueba que la Politica Financiera del Paciente que he leído y de acuerdo me han explicado

**COBERTURA O COMPENSACION DEL TRABAJO (si aplica)**

La agencia de rehabilitacion esta de acuerdo en tratar y cobrar a la compensacion del trabajador por un trabajo pre-autorizado relacionado a lastimaduras, por las guias de la compensacion del trabajo, sin embargo si por cualquier razon la compensacion del trabajo niega el tratamiento por lastimaduras, entiendo que soy responsable por el pago completo de todos los cargos. \_\_\_\_\_ inicial.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha