

Informacion de Paciente

Nombre del Paciente: _____
Primer Nombre Apellido Inicial

Nombre preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/Dia/Año)

Direccion: _____
Calle o PO Box Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono de Casa: _____ Telefono de Celular: _____

Correo Electrónico: _____

☐ Acepto recibir informacion de Healing Motion sobre noticias, eventos, y ofertas exclusivas.

Preferencia de recordatorio de cita: ☐ Texto ☐ Correo Electrónico

Fecha de Lesión/Inicio: _____

¿Has tenido terapia física este ano calendario? ☐ Si ☐ No

Notifique a nuestra oficina principal si actualmente está buscando terapia en otra clínica.

¿A quien podemos agradecer por recomendarte? _____

Donde nos has oido o visto? (Marque todos los que correspondan):

☐ Facebook ☐ Google ☐ Instagram ☐ YouTube ☐ Twitter ☐ Radio
☐ Billboard ☐ Family & Friends ☐ Doctor ☐ Otro: _____

Información de Seguro

Plan de Seguro Primario: _____

de ID/Póliza: _____ # de Grupo: _____

Plan de Seguro Secundario: _____

de ID/Póliza: _____ # de Grupo: _____

Información del Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relation al paciente: _____
Numero: _____

Reconocimiento y Consentimiento del paciente

Entiendo y acepto que Healing Motion Physical Therapy puede usar y revelar mi información de salud para:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento;
- Referirme, consultar y coordinar con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para seguro médico y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada a mis compañías de seguros u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica;
- Realizar diversas funciones administrativas y comerciales que respalden los esfuerzos para brindarme y recibir un reembolso por atención médica económica.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información creada y recibida por Healing Motion Physical Therapy, y puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones y tipos similares de información relacionada con la salud.

Yo entiendo que se puede utilizar herramientas de apoyo de inteligencia artificial durante nuestras visitas para grabar y procesar conversaciones durante el tratamiento, lo que permite al proveedor concentrarse en la atención al paciente. Las grabaciones se utilizarán únicamente con fines clínicos, no se compartirán ni venderán.

También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Healing Motion Physical Therapy manejará mi información de salud. Esta descripción escrita se conoce como Aviso de prácticas de privacidad y describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizadas y las prácticas de información seguidas por el personal de Healing Motion Physical Therapy, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede revisarse de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de la versión más reciente de las Prácticas de privacidad vigentes que esté disponible para su revisión por parte de la recepcionista de la oficina.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o toda mi información de salud no se use o divulgue de la manera descrita en el Aviso de prácticas de privacidad, y también entiendo que la ley no exige que Healing Motion Physical Therapy acepte tales solicitudes.

Autorizo a Healing Motion Physical Therapy, Inc. a solicitar/enviar/revelar registros médicos relacionados con mi atención de fisioterapia. Entiendo que puede haber una tarifa de \$30.00 por una solicitud de registros COMPLETOS.

Al firmar a continuación, acepto que he recibido y entiendo la información anterior.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Políticas de citas y procedimientos de facturación

Citas

La asistencia a todas las citas programadas es extremadamente importante. Nuestras citas son de 45 minutos. Si llega tarde a su cita, su terapeuta puede considerar necesario realizar solo una parte de su tratamiento o reprogramarlo para otro día. Si ocurre un conflicto de programación, llámenos al 541-250-4525 (Corvallis) lo antes posible. Es posible que podamos usar su tiempo para otro paciente y reprogramarlo para un horario más conveniente.

Políticas de citas

Al firmar a continuación, usted reconoce que la responsabilidad de asistir a las citas programadas es suya. Si lo desea, se le entregará una tarjeta de recordatorio cuando se programe la cita. Además, se le enviará un recordatorio de cita antes de cada cita. **Se utilizarán las siguientes directrices para no presentarse y cancelaciones tardías con menos de 24 horas antes de cualquier cita:**

1 Ocurrencia: Se da la gracia. Todos somos humanos. Las cosas pasan.

2 Ocurrencia: Se dará un recordatorio de nuestra política.

3 Ocurrencia: Todas las próximas citas serán canceladas y entregadas a un paciente en lista de espera.

La ocurrencia vence 90 días después de que ocurrió la ocurrencia. Tres ocurrencias en cualquier período de 90 días resultarán en la cancelación de todas las citas restantes.

Llegadas tardías: Si llega 10 minutos tarde o más, **se aplicará y cobrará una tarifa de \$30** antes de que comience la **cita o la cita puede cancelarse y contarse como una ocurrencia** durante el período de 90 días.

Copagos

Tenga en cuenta los beneficios de su seguro y esté preparado para pagar los copagos que pueda tener en cada cita.

Cesión de Beneficios del Seguro

Al firmar a continuación, usted asigna y autoriza que los pagos se realicen directamente a Healing Motion Physical Therapy, Inc. los beneficios del seguro que de otro modo le pagarían a usted por los gastos de fisioterapia. Una fotocopia de esta cesión y autorización se considera tan válida y eficaz como el original.

Aviso sobre los beneficios del seguro

Usted comprende que es responsable de los cargos incurridos con Healing Motion Physical Therapy que no están cubiertos por su seguro. Como servicio para usted, completaremos y enviaremos su reclamo de seguro. Todos los honorarios y gastos incurridos por usted en esta clínica, no compensados por su compañía de seguros, son únicamente su responsabilidad. Los saldos adeudados se cobrarán antes de cada sesión. Alternativamente, puede firmar el "Formulario de autorización de tarjeta registrada," lo que nos permitirá cargar en su tarjeta

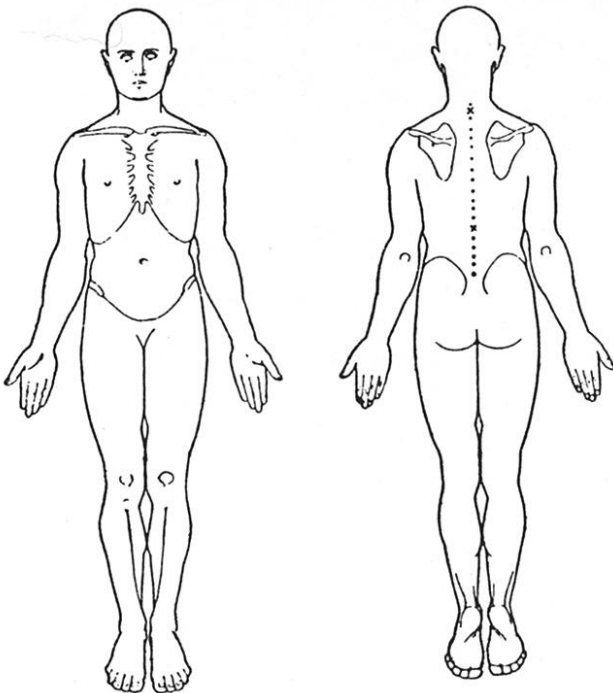
automáticamente cualquier saldo adeudado el día 15 de cada mes. El pago completo vence dentro de los 30 días posteriores a su publicación en su cuenta.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Healing Motion Formulario de admisión e historial médico

Favor Sombree la ubicación de sus síntomas



Historial Social

Estado Civil _____

Ocupación _____

¿Fuma usted? ☐ Si ☐ No

¿Solías fumar? ☐ Si ☐ No

¿Masticas tabaco? ☐ Si ☐ No

¿Bebes alcohol? ☐ Yes ☐ No

Frecuencia: _____

¿Haces ejercicio? ☐ Yes ☐ No

Frecuencia: _____

¿Qué cosas te gusta hacer?

Medico _____

Historia Quirúrgica

Por favor enumere cualquier cirugía reciente y relevante.

Responda las siguientes preguntas en relación con los síntomas que lo llevan a fisioterapia hoy.

Describa la calidad de sus síntomas: _____

¿Qué empeora sus síntomas? _____

¿Qué mejora sus síntomas? _____

¿Le han hecho alguna imagen? ☐ Si ☐ No

¿Qué espera lograr con la fisioterapia?

Lista de medicamentos actual - Incluya el nombre, la dosis, la frecuencia y el método de administración (es decir, oral)

Nombre	Dosis	Frecuencia	Metodo de Administración
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia de Médico

Durante el último mes, ¿le ha molestado sentirse decaído, deprimido o sin esperanza? ☐ Si ☐ No

Durante el último mes, ¿le ha molestado sentirse decaído, deprimido o sin esperanza? ☐ Si ☐ No

Cardiovascular	Pasado	Actual
Cardiopatía		
Hipertensión		
Colesterol alto		
Palpitaciones		
Dolor en el pecho al hacer esfuerzo		
Dificultad para respirar		
Hinchazón de brazos y/o piernas.		
Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.		
Anemia		
Transfusión de sangre		
Ataque/ ataque isquémico transitorio		
Trastorno de la coagulación		
Convulsiones		
Coágulos de sangre		
Respiratorio	Pasado	Actual
Sibilancias		
Tos prolongada		
Espujo		
Neumonía		
Tuberculosis		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
Enfisema		
Asma		
Embolia pulmonar		
Gastrointestinal	Pasado	Current
Acidez		
Náuseas		
Vómitos		
Constipación		
Diarrea		
Cambio de color de las heces.		
Sangrado rectal		
Dolor abdominal		
Problemas del Hígado		
Problemas de Vesícula Biliar		
Musculoesquelético y artritis	Pasado	Actual
Osteopenia		
Osteoporosis		
Fractura		
Uso de esteroides a largo plazo		
Artritis reumatoide		
Lupus eritematoso sistémico		
Gota		
Osteomielitis		
Artritis psoriásica		
Espondiloartritis anquilosante		
Osteoartritis		

Neurológico	Pasado	Actual
Entumecimiento/hormigueo en ambas manos/pies		
Dificultad inexplicable para caminar.		
Visión doble		
Dificultad para hablar		
Dificultad para tragar		
Ataque de caída		
Movimiento ocular involuntario/mareos		
Entumecimiento		
Cambio en la función intestinal/vejiga		
Cambio en la sensación en la región del intestino/vejiga.		
Migrañas		
Mareos/vértigo		
Enfermedad de Parkinson		
Urológica y Reproductiva	Pasado	Actual
Dolor al orinar		
Sangre en la orina		
Incontinencia		
Micción frecuente		
Urgencia urinaria		
Dificultad para iniciar la urinación		
Calambres menstruales severos		
Sangrado posmenopáusico		
Relaciones sexuales dolorosas		
Infección urinaria		
Flujo vaginal irregular		
Enfermedad de transmisión sexual		
VIH/SIDA		
Disminución de la fuerza del flujo urinario.		
Impotencia		
La secreción uretral		
Embarazo		
Otras condiciones	Pasado	Actual
Diabetes		
Nefropatía		
Problemas tiroideos		
Dolor nocturno		
Pérdida de peso inexplicable		
Cáncer		
Cáncer de antecedentes familiares		
Fiebre		
Escalofríos		
Sudores		
Fatiga extrema		
Aturdimiento/desmayo		
Infección reciente		
Uso de drogas/IV		
Ansiedad/ataques de pánico		
Alergias (cinta, etc.)		
Otro		