



**Informacion del Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ #SS \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir un correo electrónico de confirmación de sus citas? SI NO

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

**Tomador del Seguro (si no es usted)**

Relación al paciente:      Esposo/a      Padre      Otro

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Seguro Medico Primario

Compañía del Seguro \_\_\_\_\_

Número de la Póliza \_\_\_\_\_

ID # / Claim # \_\_\_\_\_

Seguro Medico Secundario

Compañía del Seguro \_\_\_\_\_

Número de la Póliza \_\_\_\_\_



Motivo de la terapia fisica? \_\_\_\_\_

Es esta lesión el resultado de un accidente? •SI • NO

En caso afirmativo, es el accidente •TRABAJO •AUTO •DESLIZAMIENTO Y CAÍDA

Tuviste cirugía para esta lesión? •SI • NO

En caso afirmativo, indique la fecha de la cirugía \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Has tenido terapia fisica este año?? •SI • NO. If Si, cuantas visitas? \_\_\_\_

**Está tomando actualmente algún medicamento con receta o sin receta • NO •SI**

Anti-Inflamatorio •NO •SI \_\_\_\_\_

Relajantes musculares • NO •SI \_\_\_\_\_

Medicamentos para el dolor •NO •SI \_\_\_\_\_

Otros •NO •SI \_\_\_\_\_

**Ha tenido alguno de los siguientes servicios medicos o de rehabilitacion para esta lesion? Marque todo lo que corresponda.**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Quiropractica/o     | <input type="checkbox"/> Tomografia             | <input type="checkbox"/> Resonancia          |
| <input type="checkbox"/> Terapia de masajes  | <input type="checkbox"/> Computarizada          | <input type="checkbox"/> Podologo            |
| <input type="checkbox"/> Neurologa/o         | <input type="checkbox"/> EMG/NCG                | <input type="checkbox"/> Mielograma          |
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Cuidados de Emergencia | <input type="checkbox"/> Radiografia         |
| <input type="checkbox"/> Terapia Fisica      | <input type="checkbox"/> Inyecciones            | <input type="checkbox"/> Practicante General |

**Tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias                                       | <input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos/Entumecimiento/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Venas varicosas                        |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales/psicologicos       | <input type="checkbox"/> Vision dificultades auditivas          |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Articulaciones inflamadas            | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Debilidad                              |
| <input type="checkbox"/> Asma/Bronquitis/Emfisema                       | <input type="checkbox"/> Hernia                                   | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar               |
| <input type="checkbox"/> Coagulos De Sangre                             | <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea                   | <input type="checkbox"/> Stroke                                 |
| <input type="checkbox"/> Problema de Vejiga Intestinal                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Infecciosa                    | <input type="checkbox"/> Perdida de peso/ Perdida de energia    |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Quimioterapia                           | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulacion             | <input type="checkbox"/> Lesion o cirugia de tobillo/rodilla    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria ataque cardiac o cirugia. | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                             | <input type="checkbox"/> Lesion de espalda/cirugia              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                       | <input type="checkbox"/> Marcapasos                               | <input type="checkbox"/> Lesion o cirugia de codo/ mano/ hombro |
|   | <input type="checkbox"/> Embarazada                               | <input type="checkbox"/> Alfileres o implantes de metalicos     |
|   | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos                | <input type="checkbox"/> Otro _____                             |
|   | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides/bocio               |   |

Fumas? •NO •SI

Bebes alcohol? •NO •SI

Eres alergico al latex? •NO



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO/ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Yo, el abajo firmante, un paciente de ProMet Physical Therapy, PC (en este caso-el denominado ProMet PT), por la presente autorizo ProMet PT para administrar el tratamiento según sea necesario. Entiendo que las pólizas de salud y seguro de

accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguro y yo. Por otra parte, entiendo que, como muestra de cortesía, ProMet PT preparará las formas de seguro y mandará factura a mi compañía de seguros directamente. Por la presente solicito la asignación de pago de todos los beneficios del seguro a ProMet Physical Therapy, PC. Yo soy el responsable último del pago de todos los servicios prestados, a menos que se disponga lo contrario por la ley.

**DEDUCTIBLES/CO-PAGOS**

Deductibles y co-pagos como sean determinados por mi plan de seguro médico deben ser pagados al momento del servicio sin excepciones. Cantidades de coseguro serán facturados en el momento de la recepción del pago de mi compañía de seguros. El pago es debido en el plazo de 30 días de la fecha de la factura. Yo, el paciente, debo mantener todos los pagos corrientes. Pago es aceptado en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Una cuota de \$25 sera aplicada a cualquier cheque sin fondos.

Cantidad de Co-Pago \$ \_\_\_\_\_ cada visita Iniciales \_\_\_\_\_

Cantidad de Deductible \$ \_\_\_\_\_ primera visita Iniciales \_\_\_\_\_

despues \$ \_\_\_\_\_ cada visita por \_\_\_ visitas Iniciales \_\_\_\_\_

Cantidad de Coseguro \_\_\_\_\_ % de la cantidad permisible Iniciales \_\_\_\_\_

debido cuando reciba el EOB

**CANCELACIONES/AUCENCIA**

Entiendo que las cancelaciones deben hacerse dentro de 24 horas desde el momento de mi cita, a menos que las circunstancias atenuantes que me impide hacerlo. Entiendo que uno cuota de \$25 aplicara a cualquier cancelación de menos de 24 horas o ausencia. Estoy de acuerdo en ser cortés con la política de la oficina. Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones anteriores. Además, confirmo que he recibido una copia de la Póliza de Privacidad de ProMet Physical Therapy, PC.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/Padre o Tutor Legal



## **Póliza de Privacidad de ProMet Physical Therapy, P.C.**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMATIOIN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

El Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y dentales y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral, se mantienen adecuadamente confidencial. Esta ley le da, el paciente, importantes nuevos derechos para comprender y controlar cómo su información de salud sea utilizada. HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que el uso indebido Información de Salud Protegida (PHI).

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y el control de su información médica protegida. "La información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que pueden identificar y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futuro y los servicios médicos relacionados.

### **Usos y Revelaciones de Información de Salud Protegida**

Su Información Médica Protegida puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar la operación de la práctica, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Vamos a utilizar y divulgar su información médica protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de salud con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el profesional de la salud la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

**Pago:** Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de salud. Por ejemplo, obtener la aprobación para un ingreso de hospital puede requerir que su información médica confidencial pertinente sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información protegida de salud a fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, las actividades de evaluación de la calidad, las actividades del empleado, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información protegida de salud para apoyar las actividades de negocio de esta práctica. Además, podemos usar un signo en la hoja en la mesa de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para ponerte en contacto con usted para recordarle de su cita. Podemos llamar a su casa y dejar un mensaje (ya sea en un contestador automático o con la persona que contesta el teléfono) para recordarle una cita próxima, la necesidad de programar una nueva cita o llamar a nuestra oficina. También puede enviar un recordatorio de su tarjeta a su domicilio. Si usted prefiere que nos llame o ponerte en contacto con usted en otro número de teléfono o la ubicación, por favor, háganoslo saber.

**Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública asuntos requeridos por la ley, Enfermedades Transmisibles: Vigilancia de la Salud: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administración Droga: Legal Procede:**



**Aplicación de la ley: Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: Investigación: Acción criminal Actividad: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Trabajadores 'Compensación: Presos: Usos y Divulgaciones** Requeridas: Bajo la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la HIPAA.

**Otros Usos y Divulgaciones** Se Harán Sólo Con Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Oponerse a menos que sea requerido por la ley.

**Usted puede revocar esta autorización**, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción basada en el uso o la revelación indicados en la autorización.

### **Sus Derechos**

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de salud.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud.** Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia, información compilada en la anticipación razonable de, o uso en, una acción civil, penal o administrativa, e información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a la información protegida de salud. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su información médica. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede pedir que una parte de su información protegida de salud no sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en la atención que usted o para propósitos de notificación descritos en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica y al que desea que la restricción aplique. Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted solicite. Si su médico considera que está en su mejor interés de permitir el uso y la divulgación de su información protegida de salud, su información protegida de salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho a utilizar otro profesional de la salud.

**Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este Aviso de nosotros, previa solicitud, aunque se han acordado aceptar este aviso alternativa (es decir, por vía electrónica).**

**Usted puede tener derecho a que su médico enmiende su información médica protegida.** Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de cualquier refutación.

**Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, en su caso, de su información protegida de salud.**

Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este Aviso y le informará de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en este aviso.

### **Quejas**

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro oficial de privacidad de su queja a nuestro número de teléfono de la oficina y la principal.

**Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

**Este aviso fue publicado y entra en vigencia en / o antes de 11/05/2007**

ProMet Physical Therapy  
71-19 80<sup>th</sup> Street Ste 8210  
Glendale, NY 11385

ProMet Physical Therapy  
123-08 Metropolitan Avenue  
Kew Gardens, NY 11415

ProMet Physical Therapy  
444 Community Drive Ste 103-105  
Manhasset, NY 11030