

DESERT HAND THERAPY
FORMULARIO DE REGISTRO Y AUTHORIZACION DEL PACIENTE

Solo para uso interno

Fecha:

Oficina:

Terapeuta

INFORMACION DEL PACIENTE

Primer nombre del pacient _____ Apellido _____ Inicial media _____

Direccion _____ Numero de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono _____ Celular _____ Telefono de Trabajo _____

Lugar de empleo _____ Tipo de trabajo/Titulo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Numero de seguro social _____

Contacto en caso de emergencia _____ Telefono _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Vuido(a)

Estado de Estudiante: Tiempo Completo Por Horas No aplicable Escuela _____

PERSONA RESPONSABLE

Primer nombre y apellido de la persona asegurada responsable _____

Direccion _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Celular _____ Telefono particular _____

Nombre del empleador _____ Telefono de Empleador _____

Relacion con la persona asegurada respnasble _____

INFORMACION DE LA LESION

Medico que refiere _____ Telefono _____

Fecha de la lesion _____ Area/parte del cuerpo leionado(a) _____ Lado izquierdo o derecho _____

Explique la naturaleza de su accidente _____

Es derecho o surdo? _____ Tuvo Cirugia? Si No Fecha de la cirugia _____

Accidented fue de Atomovil Trabajo Otro Explique _____

INFORMACION ADICIONAL

Esta usted inscrito o ha solicitado AHCCCS? Si No

Su seguro de Medicare se coloca en el estado de Arizona? Si No Si no, que estado esta su Medicare colocado? _____

DIRECCION PERMANENTE

Iguales que arriba? Si No Si no, Direccion? _____

Esta inscrito en un hospicio o recibe atencion de engermerja especializada? Si No Donde? _____

Esta recibiendo o ha recibido terapia fisica? Si No Si,Cuando? _____

INFORMACION DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro Primario _____ Telefono _____

de Identificacion _____ # de grupo _____

Domicilio de cobro del seguro _____

Nombre y apellido del titular de la poliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguro social de la persona asegurada _____ Sexo de la persona asegurada : M F

Nomre del empleador de lapersona asegurada _____ Telefono _____

Relacion con el paciente _____

SEGURO SECUNDARIO

Number del seguro secundario _____ Telefono _____

de Identificacion _____ # de grupo _____

Domicilio de cobro del seguro _____

Nombre y apellido del titular de la poliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguro social de la persona asegurada _____ Sexo de la persona asegurada : M F

Nomre del empleador de lapersona asegurada _____ Telefono _____

Relacion con el paciente _____

INFORMACION DEL PROGRAMA DE COMPENSACION DE TRABAJADORES

Nombre de la compania de seguro _____ Telefono _____

Number del empleador en el momento de la lesion _____ Telefono _____

Numero de la demanda/reclamo _____ Ajustador(a) _____

Notificaciono legal del seguro

Toda la informacion de (de los) seguro(s), no limitada al seguro primario, secundario o terciario, debe de ser entregada en la primera visita. El no entregar informacion completa y correcta puede resultar en servicios no cubiertos y/o en servicios facturados y no pagados por la compania de seguro debido a limitaciones de reclamaciones y autorizacion de los servicios. He leído y entendido esta informacion y toda la informacion anterior es verdadera y correcta.

Firma _____ Date _____

AUTORIZACIONES

INICIALES

AUTORIZACION DE TRATEMIENTO: Autorizo la rehabilitacion y servicios relacionados en Desert hand Therapy. Al hacerlo, entiendo, reconozco y afirmo que dicha rehabilitacion y servicios relacionados pueden involucrar acercamiento corporal, contacto fisico y/o contacto directo de naturaleza sensible. _____

TRATAMIENTO DE MENORES: Yo, como padre/tutor legal de un menor que recibe tratamiento segun lo explicado, a traves de este documento acuerdo y entiendo que se me ha pedido que permanezca en el lugar durante el tratamiento y rechazo cualquier reclamacion que pueda ser consecuencia de no haber seguido dichas intrucciones. _____

RESPONSABILIDAD LEGAL: Reconozco y estoy de acuerdo en que Desert hand Therapy no es responsable por la perdida o Danos a mis objetos personales de valor. _____

DISPENSA Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD LEGAL: A traves de este medio libero de responsabilidad legal a Desert Hand Therapy, sus agents, representantes, afiliados, empleados o asignados, de cualquier responsabilidad legal, Reclamacion, demanda, causa de accion o perdida de cualquier tipo, que resulte de mi negativa aceptar, recibir o permitir Servicios medicos o de emergencia, incluidos, entre otros, servicio de ambulancia, tecnico en emergencia medica, medico o servicios de urgencia. _____

AUTORIZACION DE PAGO: Yo, a traves de este medio, autorizo todos los beneficios directamente a Desert Hand Therapy Y tambien autorizo el uso de cualquier registro medico necesario para facilitar mi tratamiento, procesar reclamaciones Medicas y para cualquier otra cosa permitida o requerida en la Notificacion de practicas de privacidad. Entiendo completamente Que en el caso de que mi compania de seguro o parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, yo Sere financierament respnsable por el pago. Si mi cuenta es enviada a una agencia de recoleccion de pagos, entiendo que se Me cobrara una cuota del 30 porciento del saldo total pra cubrir los gastos de recoleccion de pagos. _____

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD: Se me ha pedido que lea la Notificacion de Practicas de Privacidad. _____

LIBERACION DE BENEFICIOS Y FIRMA:

Entiendo que, como cortesia, se obtendra de mi compania de seguros una explicacion de la cobertura, la cual no es una garantia de la cobertura. No responabilizo a Desert Hand Therapy ni a sus afiliados por ninguna informacion omitida o incorrecta ni por ningun cargo en mi cobertura de seguros cambia su cobertura, estoy de acuerdo en ser completamente responsable por el pago de los servicios. Entiendo que puedo verificar esta informacion leyendo el libro de mi compania de seguros o contractando a dicha compania.

Firma del paicent/Tutor legal _____ Fimra de testigo _____

INROMACION IMPORTANTE SOBRE TABLILLAS

En DESERT HAND THERAPY hacemos tablillas que son babircada especificamente para cada persona. Las tablillas son elaboradas praa usted y para tartar su condicion de acuerdo con las oredens de su medico. Debido a que las tablillas son hechas a la medida, **no hay devoluciones ni reembolsos**, porque no pueden ser usadas por nadie mas. Los cargos por las tablillas pueden ser aplicados a su deducible. Las talillas prefabricadas (que no son a la medida) tienen una politica de devolucion de 7 dias. Las tablillas prefabricadas deben ser devueltas en su paquete original. El costo por las tablillas de reemplazo (perdidas, robadas o destruidas) sera responsabilidad del paciente. He leído y entendido la informacion sobre tablillas.

Firma de paicente/Tutor legal _____ Firma de testigo _____

HISTORIA CLINICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ Fecha: _____

Fecha de la lesion(inicio): _____ Fecha de la cirugia: _____

Como se produjo su lesion? _____

Es usted dominante con su mano derecha o izquierda? _____ Esta trabajando actualmente? _____

Razon por la cual requiere terapia (marque todas las opciones que correspondan)

Movimiento Debilidad Dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada de dolor Mucho dolor

Que actividades especificas son mas dificiles debido a su problema?

1. _____

2. _____

Describe su salud: (marque una opcion) Excelente Buena Regular Precaria

Utiliza/Consume Tabaco? (marque una opcion) Si o No Cuanto? _____

Medicamentos Actuales: _____

Alergia: _____

Es Alergico al Latex? Si o No

Tuvo alguna lesion anterior en esta extremidad? _____

Alguna vez tuvo alguna de las siguientes condiciones? (marque todas las opciones que corresponden)

Anemia Depresion Hepatitis/VIH Actualmente embarazada Accidente Cerebrovascular

Asma Convulsiones Problemas Renales Mareos/ Desmayos Tuberculosis Cancer

Fracturas Abuso de Sustancias Presion Arterial Baja Epilepsia Dolores de Cabeza Diabetes

Implanted de Metal Alta presion Arterial (Controlada? Si o No) Marcapasos Osteoporosis Artrosis Insomnio

Problemas Cardiacos Artritis Reumatoide Problemas de Tiroides Esclerosis Multiples Problemas Respiratorios

Algun otro problema medico? _____

La informacion anterior es exacta segun mi conocimiento: _____

NATURALEZA DEL TRATAMIENTO:

La naturaleza de su tratamiento , los riesgos , las posibles alternativas de intervencion y los objetivos del tratamiento Se han discutido con usted. Ademas, su historia clinica ha sido examinada por el terapeuta para contribuir a su evaluacion y analisis.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Iniciales de los Terapeutas: _____