

True Way Physical Therapy, P.C.

Formulario de registro de pacientes

388 Westchester Ave Ste 1, Port Chester, NY 10573 Tel: 914-481-8777 Fax: 914-481-8780

INFORMACIÓN PERSONAL

PACIENTE		SUSCRIPTOR PRIMARIO	
Nombre		Nombre *	
Dirección		Dirección *	
Teléfono: H/C:		Teléfono * H/C:	
Teléfono trabajo:		Teléfono * trabajo:	
Ocupación		Ocupación *	
Empleadores		Empleador *	
Fecha de nacimiento	Sexo: Macho / Hembra	Fecha de nacimiento	Sexo M F
SS#	Estado Civil: S M D W	SS#	Estado Civil: S M D W
Referencia proveedor		* Si es diferente	
OTROS: Quien podemos agradecer por refiriéndose a nosotros:			
Información de emergencia		Información de farmacia	
Nombre		Nombre	
Teléfono		Teléfono	
Dirección		Alergias	
Fiscal (si corresponde)			
Nombre/Teléfono/Dirección:			
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO			
Primaria	Suscriptor *	Relación	ID # Grupo #
Segundo, tercer		Relación	ID # Grupo #
Compensación al trabajador		Sin culpa	
WCB #	Caso de portador #	Titular de la política	
Compañía de seguros		Política #	Reclamación #
Dirección de compañía:		Seguro portador/dirección:	
Persona de contacto/Ajustador	Teléfono	Persona de contacto	Teléfono
Fecha de la lesión	Tiempo	Fecha de la lesión	Tiempo
Lugar de la lesión (dirección)		Lugar de la lesión (dirección)	
IME (examen médico independiente) fecha:		IME (examen médico independiente) fecha:	

Comunicado de paciente: autorizo la liberación de información médica a la compañía de seguros, ajustador o abogado implicado en este caso. También autorizo a cierto modo terapia física P.C. y su personal llamar a mi casa y dejar mensajes sobre citas con mi cónyuge/familiar y o contestador. Además, autorizo el uso de transmisión facsimil electrónico-correo/internet y electrónica de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Reconozco que interés o cuota de la tasa actual del proveedor, puede cargarse en saldos debido al proveedor que son vencidos. Permito una copia de este comunicado para ser utilizado en lugar del original.

Signature: _____ Date _____ / _____ /20_____

(firma del asegurado o persona autorizada, paciente o padres si es menor)

True Way Physical Therapy, P.C.
 388 Westchester Avenue, Ste 1N,
 Port Chester, NY 10573
 HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre (Impreta) _____ Médico de Referencia _____

Primario Cuidado medico: _____ Fecha de la primera visita al medico por esta lesión _____

Un abogado involucrado en este caso? SI NO
 Ha tenido cirugía por esta lesión? SI NO Número de cirugías: 1 2 3 4

Tipo de cirugía _____ Fecha _____

Por favor, introduzca su – ALTURA _____ PESO _____ EDAD _____

¿Está tomando cualquier prescripción o medicamentos de venta sin receta SI NO

Lista todos los medicamentos que está tomado:

¿Ha tenido alguno de los siguientes servicios médicos o de rehabilitación de esta lesión?

	SI	NO		SI	NO
Quiropráctico	___	___	EMG/NCV	___	___
Neurólogo	___	___	Myelogram	___	___
Ortopedista	___	___	Atención en la sala de emergencia	___	___
Médico Clínico	___	___	CT Scan	___	___
Terapia Ocupacional	___	___	MRI	___	___
Terapia Física	___	___	X-Rays	___	___

Otro _____

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?

	SI	NO		SI	NO
Asma, bronquitis, o Enfisema	___	___	Dolores de cabeza severos/frecuentes	___	___
Dificultad Respirar/dolor de pecho	___	___	Visión/ auditivas dificultades	___	___
Enfermedad coronaria	___	___	Mareos o desmayos	___	___
Ataque cardíaco o cirugía	___	___	Pérdida de peso o pérdida de Energía	___	___
Macarposos	___	___	Hernia	___	___
Alta presión sanguínea	___	___	Allergias	___	___
Stroke/TIA	___	___	Cualquier implante metálico	___	___
Coágulo de sangre / émbolos	___	___	Hombro de reemplazo	___	___
Epilepsia / convulsiones	___	___	articular	___	___
Anemia	___	___	Lesión /cirugía de codo o	___	___
Enfermedad infecciosa	___	___	mano	___	___
Diabetes	___	___	Lesión/cirugía de cuello o	___	___
Cáncer o quimioterapia / radiación	___	___	espalda	___	___
Artritis / articulaciones inflamadas	___	___	Lesión /cirugía de rodilla	___	___
Problemas para dormir	___	___	Embarazada	___	___
Ansiedad	___	___	Fumas	___	___
Enfermedad de Alzheimer	___	___	Dificultad /frecuente orina	___	___
Condición de Tiroides	___	___	Depresión	___	___
			Demencia	___	___
			Dolor en la noche	___	___

Es usted consciente de su diagnóstico? _____ SI NO

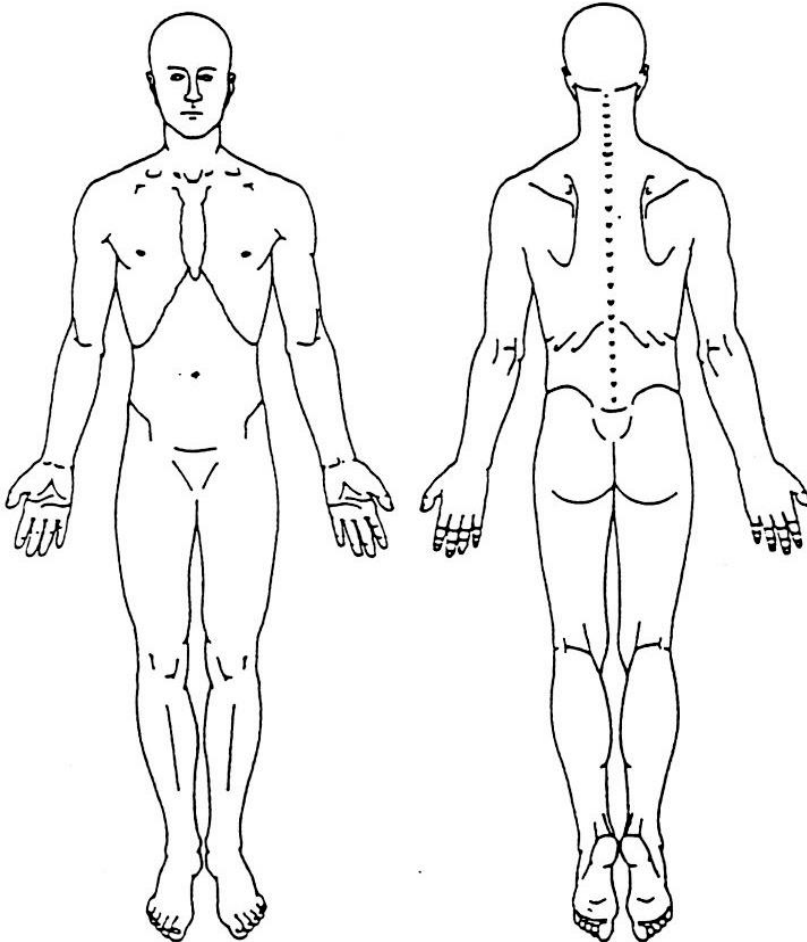
Firma del paciente o de la parte responsable _____ Fecha: _____

Dr. Mon Caddaun, PT, DPT, OCS
 Board Certified Orthopedic Clinical Specialist
 Doctor of Physical Therapy

Diagrama del Cuerpo

Instrucciones:

En el diagrama de cuerpo abajo, indique por favor dónde está situado su dolor en el momento actual. Por favor, no indique las áreas de dolor que no están relacionadas con su presente lesión o condición. Sombra en las áreas del diagrama que corresponden a su dolor o síntomas.



Indique en la siguiente línea cómo describiría su dolor actual colocando una marca en la línea entre los dos extremos de no experimentar ningún dolor y experimentando el peor dolor que alguna vez haya sentido.

Sin Dolor Peor dolor posible

Por favor circule cualquiera de los síntomas que se aplican:

Dolor Agudo Dolor sordo Sensación de Quemarse Opresión Entumecimiento
Estremecimiento Localizado Radiante Constante Intermittente

Firma: _____ Fecha: _____

TRUE WAY PHYSICAL THERAPY, PC

388 WESTCHESTER AVE, SUITE 1N

PORT CHESTER, NY 10573

PHONE: (914) 481-8777

FAX: (914) 481-8780

10 CHESTER AVE, SUITE 2

WHITE PLAINS, NY 10606

PHONE: (914) 725-4111

FAX: (914) 725-5111

MYTRUEWAYPT@OPTONLINE.NET

TRUEWAYPT.COM

Resumen de Prácticas de Privacidad

Este aviso es un resumen de cómo se usa y divulga su información de salud protegida y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, consulte la recepción una copia completa de la Notificación de prácticas de privacidad.

Uso y Divulgación de Información de Salud:

Utilizamos la información de salud sobre usted para el tratamiento, para obtener el pago del tratamiento, para fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe.

Podemos usar o revelar información médica identificable acerca de usted sin su autorización por varias otras razones. Sujeto a ciertos requisitos, podemos dar información de salud sin su autorización para propósitos de salud pública, para propósitos de auditoría, para estudios de investigación y para emergencias. Proporcionamos información cuando es requerido por la ley, como para la aplicación de la ley en circunstancias específicas. En cualquier otra situación, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información de salud identificable sobre usted. Si elige firmar una autorización para divulgar información, puede revelar información, posteriormente puede revocar esa autorización para detener cualquier uso y divulgación futura.

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos el nuevo aviso en el área de espera y en cada sala de examen. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que aparece a continuación.

Tus derechos:

Aunque su historial de salud es la propiedad física del profesional de la salud o la instalación que lo compiló, la información le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información como lo provee 45 CFR 164.522
- Obtener una copia apropiada del aviso de prácticas de privacidad previa solicitud
- Inspeccione y obtenga una copia de su historial de salud de su registro de salud como se estipula en 45 CFR 164.524
- Modifique su registro de salud según lo dispuesto en 45 CFR 164.528
- Obtenga una explicación de las revelaciones de su información de salud como se provee en 45 CFR 164.528
- Solicite comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud exenta en la medida en que ya se hayan tomado medidas

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida y una breve descripción de cómo usted puede ejercer estos derechos.

Quejas

Si le preocupa que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a sus registros, puede comunicarse con la persona que aparece a continuación. También puede enviar una queja por escrito al departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

Nuestro deber legal

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información, a proporcionar esta notificación sobre nuestras prácticas de información y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso.

Si tiene alguna pregunta o queja, comuníquese con: Dr. Mon Caddauan 388 Westchester Ave Suite 1N, Port Chester NY 10573
914-481-8777

Reconocimiento por Escrito

Reconozco que he revisado la Notificación de prácticas de privacidad que proporciona una descripción de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud puede ser usada o divulgada y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones que solicito.

Firma de Paciente o Representante Legal: _____ Fecha: _____