

CT Physical Medicine

medicina física ♦ fisiatría ♦ consultas de cirugía ortopédica

Nombre	Fecha
Número de Seguro Social	Teléfono de casa
Fecha de Nacimiento	Teléfono del trabajo
Dirección	Célular #
Código postal	
Dirección de correo electrónico	
Estado civil C S V D	# Niños
Nombre del cónyuge	Su ocupación
Nombre del contacto de emergencia	
Número de teléfono del contacto de emergencia ()	

INFORMACIÓN DE SALUD

Queja principal

Otras quejas

¿Cuánto tiempo ha tenido esta condición?

Otros doctores vistos por esta condición

¿Ha tenido condiciones similares en el pasado? Sí / No **En caso afirmativo, enumere.**

¿Estás tomando alguna medicación? Sí / No **En caso afirmativo, enumere.**

¿Ha tenido alguna cirugía previa? Sí / No **En caso afirmativo, enumere.**

¿Embarazada? Sí / No **En caso afirmativo, número de semanas**

¿Quién es su médico de atención primaria?

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿Tienes seguro médico? Sí / No

La compañía de seguros _____

Número de identificación _____

¿Esta condición se debe a:

lesión relacionada con el trabajo? Sí / No ¿accidente de automóvil? Sí / No resbalar o caer? Sí / No

Fecha de la lesión _____

¿En qué estado está registrado el automóvil que conducía/montaba? _____

POR LESIÓN DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

Fecha de la lesión _____

Descripción de la lesión _____

N.º de reclamación de la aseguradora de compensación del trabajador _____

Nombre del ajustador _____

Número de teléfono () _____

Nombre del empleador _____

Número de teléfono () _____

¿Tienes un abogado? Sí / No

Nombre del abogado _____

Número de teléfono () _____

PARA ACCIDENTE DE VEHÍCULO DE MOTOR

Nombre del seguro de automóvil (para el vehículo en el que estaba) _____

¿Se ha presentado una reclamación médica? Sí / No

Reclamo # _____

Nombre del ajustador _____

Número de teléfono () _____

¿Tienes un abogado? Sí / No

Nombre del abogado _____

Número de teléfono () _____

PARA LESIONES POR RESBALÓN Y CAÍDA

Si resbaló y cayó, lugar de la lesión _____

¿Se ha presentado una reclamación médica? Sí / No

Reclamo # _____

¿Tienes un abogado? Sí / No

Nombre del abogado _____

Número de teléfono () _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS

Marque sí o no a las siguientes condiciones o síntomas que tiene actualmente o ha tenido en el pasado:

SI NO

- Dolor abdominal*
- Anemia*
- Dolor de brazo u hombro*
- Artritis: reumatoide, gota, osteoartritis*
- Dolor de espalda*
- Problemas de vejiga*
- Cáncer (Dónde):* _____

- Dolor de pecho*
- Diabetes*
- Desorden digestivo*
- Mareo*
- Ojos o visión borrosa*
- dolores de cabeza*
- Problemas del corazón*

SI NO

- Presión arterial alta o baja*
- Dolor de cadera o pierna*
- Problemas del sistema inmunológico*
- Problemas de riñon*
- Hígado/ictericia/hepatitis*
- Trastorno pulmonar o bronquial*
- Dolor de cuello*
- Neurológico: accidentes cerebrovasculares, convulsiones, entumecimiento*
- Tiroides*



- Alergias: Medicamentos* _____
- Otras alergias:* _____

HISTORIA SOCIAL

¿Está usted empleado? Sí / No _____

¿Fumas? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____ ¿Cuánto cuesta? () paquete(s) por día _____

¿Utiliza drogas recreativas? Sí / No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____ ¿Cuánto cuesta? _____

¿Bebes alcohol? Sí / No _____ ¿Cuánto por día? _____ ¿Por semana? _____ ¿Por mes? _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

HISTORIA FAMILIAR

¿Algún cáncer en su familia inmediata? _____

Vivo / Fallecido _____

Madre: Sí / No ¿De qué tipo? _____

Si falleció, causa de muerte: _____

Padre: Sí / No ¿De qué tipo? _____

Si falleció, causa de muerte: _____

Hermano: Sí / No ¿De qué tipo? _____

Si falleció, causa de muerte: _____

Hermana: Sí / No ¿De qué tipo? _____

Si falleció, causa de muerte: _____

POR FAVOR REVISE Y FIRME

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro médico y de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que la oficina preparará los informes y formularios necesarios para ayudarme a obtener el pago de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada se pagará directamente a Connecticut Physical Medicine, LLC y ser acreditado a mi cuenta en el recibo. Sin embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios prestados se me cobran directamente a mí y que soy personalmente responsable del pago. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención o tratamiento, cualquier tarifa por los servicios profesionales que me brindó se vencerá y pagará de inmediato. Al firmar este formulario entiendo además que estoy dando Connecticut Physical Medicine, LLC permiso para enviarme su boletín mensual. Si no deseo recibir este boletín puedo informar a la oficina en cualquier momento y/o puedo darme de baja en cualquier momento. Toda la información anterior proporcionada por mí en este formulario es verdadera.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del guardián _____

Fecha _____



medicina física ♦ fisioterapia ♦ consultas de cirugía ortopédica

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso de práctica de privacidad revela cómo se puede usar su información de salud.

Connecticut Physical Medicine, LLC utiliza su información de salud para el tratamiento, para obtener el pago del tratamiento con su autorización según sea necesario (consulte las leyes de su estado), con fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe.

Connecticut Physical Medicine, LLC no divulgará su información a otros a menos que usted nos indique que lo hagamos, oa menos que la ley nos autorice o exija que lo hagamos.

Connecticut Physical Medicine, LLC puede usar su información para proporcionar recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros problemas relacionados con la salud.

Connecticut Physical Medicine, LLC puede divulgar su información para actividades de salud pública, a directores de funerarias para permitirles llevar a cabo sus actividades, para donaciones de órganos y tejidos, investigación, salud y seguridad, funciones gubernamentales para cumplir con las leyes de compensación laboral y reglamentos, derecho a solicitar restricción, informar y conservar una copia de su expediente médico, solicitar la comunicación de su información por medios alternativos en lugares alternativos, revocar su autorización y solicitar una rendición de cuentas de sus expedientes médicos.

Puede presentar una queja ante el Funcionario de Privacidad y ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Usted no será objeto de represalias por presentar una queja.

Connecticut Physical Medicine, LLC debe mantener la privacidad de la información de salud protegida, proporcionarle un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, cumplir con los términos del aviso, notificarle si no pudo aceptar la restricción solicitada sobre cómo se usa o divulga su información, acomodar las solicitudes razonables que pueda hacer para comunicarse con la información de salud por medios alternativos o por ubicaciones alternativas y obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud por razones distintas a las enumeradas anteriormente y permitido por la ley.

Este aviso de práctica de privacidad permanecerá vigente hasta que el paciente lo revoque por escrito a esta oficina.

Si tienes alguna pregunta o quejas por favor póngase en contacto nuestro Gerente de practica @ 203.437.7229.

Paciente's Firma: _____

Fecha: _____

CT Physical Medicine

medicina física ♦ fisioterapia ♦ consultas de cirugía ortopédica

LANZAMIENTO MEDICO

Yo, _____, FDN _____, autorizo a _____
a divulgar mi información médica protegida, como se describe a continuación, a:

Envíe por fax todos los registros a:
Connecticut Physical Medicine, LLC
Fax (203) 504-7700

Connecticut Physical Medicine, LLC
PO Box 1105
Enfield, CT 06083-1105

Solicito que la información que se divulgará consista en lo siguiente (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

- Expediente médico completo en o después del FDL: _____
 Consulta Documentación Informes de rayos X Historial Médico, Registros de Evaluación
 Informes Quirúrgicos Informes de laboratorio Registros hospitalarios, incluidos los informes

También autorizo específicamente que se divulgue cualquier información confidencial a los destinatarios mencionados anteriormente con respecto a (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

- VIH/SIDA Abuso de sustancias (alcoholismo o abuso de drogas) Salud mental

DERECHOS DEL INDIVIDUO RELACIONADOS CON ESTA AUTORIZACIÓN:

Entiendo que se me debe proporcionar una copia de este formulario si decido firmarlo. Entiendo que no tengo la obligación de firmar este formulario y que la práctica no puede condicionar mi tratamiento, pago o inscripción/elegibilidad para beneficios a mi decisión de firmar este formulario. Entiendo que puedo revocar mi Autorización o para recibir una copia de mi revocación, debo comunicarme con el administrador de la práctica al 203.437.7229. Soy consciente de que mi revocación no será efectiva en cuanto a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que la(s) persona(s) y/o la(s) organización(es) mencionada(s) anteriormente ya hayan hecho en virtud de esta Autorización.

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de Autorización. Al firmar esta Autorización, confirmo que refleja fielmente mis deseos. Esta liberación estará vigente hasta que el paciente notifique a la oficina por escrito para terminar la liberación.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del tutor (si corresponde): _____

Descripción de la relación del tutor: _____



medicina física ♦ fisioterapia ♦ consultas de cirugía ortopédica

ACUERDO FINANCIERO

Lesiones Personales y/o Compensación al Trabajador

Nos gustaría tomarnos un momento para darle la bienvenida a nuestra oficina y asegurarle que recibirá la mejor atención disponible para su lesión personal y/o lesión relacionada con el trabajo.

Arreglos de pago:

Responsabilidad de pago por lesiones personales

Como cortesía para usted, con mucho gusto enviaremos sus facturas médicas a su compañía de seguros de automóviles y/oa su abogado; sin embargo, todos los servicios prestados por esta oficina se le cobrarán directamente a usted y, en última instancia, usted será responsable del pago de estas facturas, independientemente de cualquier liquidación que pueda recibir o no.

Una vez más, le damos la bienvenida a nuestra oficina. Esperamos que esto haya respondido cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestros arreglos financieros. Si tiene más preguntas sobre su atención, no dude en preguntar.

Lesiones de Compensación Laboral:

Si está siendo tratado por una condición relacionada con el trabajo, nos gustaría que comprendiera cómo nuestra oficina manejará su caso. Lo primero que debe saber es que la compañía de seguros de su empleador, por ley, es totalmente responsable del pago de su atención en nuestra oficina. Cuando una persona recibe tratamiento por una afección que es únicamente el resultado de un accidente industrial o un incidente relacionado con el trabajo, su seguro de Compensación para trabajadores pagará el tratamiento que restablezca su salud a un estado permanente y estacionario previo a la lesión.

Notificación del empleador:

Cuando ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, la ley requiere que notifique a su empleador dentro de los 30 días de la lesión. Si no informa su lesión como se requiere, puede ser responsable de pagar los cargos incurridos en nuestra oficina.

Síntomas previos:

Si actualmente experimenta síntomas o problemas que sufrió antes de su lesión relacionada con el trabajo, estos pueden considerarse "factores que contribuyen" a su condición actual. Evaluaremos estos síntomas para determinar si, y en qué medida, estos factores están relacionados con su condición actual. Una vez que esto se haya determinado, le notificaremos a su compañía de seguros de Compensación para Trabajadores para prorratear o asignar una parte de su atención al tratamiento de esos síntomas.

Tus responsabilidades

Esta oficina se especializa en el tratamiento de pacientes con Lesiones Personales y Compensación al Trabajador, por lo que es muy importante que siga nuestras recomendaciones y mantenga sus citas programadas con esta oficina para lograr los máximos beneficios para su condición. Para las reclamaciones de Compensación para trabajadores, la ley establece que si elige no recibir la atención necesaria para el tratamiento de su afección, sus beneficios de Compensación para trabajadores se suspenderán y su caso se cerrará.

Terminación de la atención

Cuando su condición ha alcanzado un "estado previo a la lesión" o se determina que es "permanente y estacionaria". Le notificaremos a usted, a su abogado y/oa su compañía de seguros de Compensación para Trabajadores, y cerraremos su caso en nuestra oficina.

Le agradecemos la oportunidad de servirle y agradecemos cualquier pregunta que pueda tener sobre su caso. He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



medicina física ♦ fisiatría ♦ consultas de cirugía ortopédica

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Visita Médica y/o Tratamiento

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para el plan de tratamiento como se me explicó para mis síntomas médicos, quejas y enfermedades. Si soy referido para servicios de fisioterapia, entiendo que es parte de esta práctica y consentimiento.

Quiropráctica / Fisioterapia

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos y de fisioterapia, incluidos varios modos de fisioterapia, sobre mí (o sobre el paciente mencionado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por parte de los quiroprácticos y fisioterapeutas que trabajan ahora o en el futuro en la clínica o el consultorio mencionado anteriormente o en cualquier otro consultorio o clínica.

Entiendo y estoy informado de que, al igual que en la práctica de la medicina, en la práctica de la fisioterapia y la quiropráctica existen algunos riesgos para el tratamiento, incluidos, entre otros, fracturas, lesiones de disco, accidentes cerebrovasculares, dislocaciones y esguinces. No espero que el médico y/o el fisioterapeuta puedan anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en que el médico/terapeuta ejerza su juicio durante el curso del procedimiento que el médico/terapeuta considere oportuno. el tiempo, basado en los hechos que él o ella conozcan en ese momento, está en mi mejor interés.

He leído, o me han leído, el consentimiento anterior. Al firmar a continuación, acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento de mi condición actual y de cualquier condición futura para la cual busque tratamiento.

Todos los procedimientos (médicos, quiroprácticos y fisioterapéuticos) estarán cubiertos por este consentimiento y estarán vigentes hasta que el paciente revoque el consentimiento por escrito para esta práctica.

Entiendo que los resultados no están garantizados.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____



medicina física ♦ fisioterapia ♦ consultas de cirugía ortopédica

Nombre del abogado _____

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y GRAVAMEN DEL MÉDICO

Por la presente, autorizo a Connecticut Physical Medicine, LLC a proporcionarle a usted, mi abogado, un informe completo de su examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., de mí mismo con respecto al accidente/lesión en la que estuve involucrado.

Por la presente autorizo y le ordeno a usted, mi abogado, que pague directamente a dicho médico las sumas que se le adeuden por los servicios médicos que me brindó a causa de este accidente y a causa de cualquier otra factura adeudada a su consultorio y a retener dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que sean necesarias para proteger adecuadamente a dicho médico. Por la presente, además, otorgo un derecho de retención sobre mi caso a dicho médico contra todos y cada uno de los ingresos de mi acuerdo, sentencia o veredicto que pueda pagarse a usted, mi abogado, o a mí mismo como resultado de las lesiones por las que he sido tratado o las lesiones en conexión con el mismo.

Entiendo completamente que soy directa y totalmente responsable ante dicho médico por todas las facturas médicas presentadas por él por los servicios prestados de protección y en consideración de su pago pendiente. Además, entiendo que dicho pago no está supeditado a ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicho cargo.

Acuse recibo de esta carta firmando a continuación y devolviéndola al consultorio del médico. Se me ha informado que si mi abogado no desea cooperar para proteger los intereses del médico, el médico no esperará el pago, sino que me exigirá que realice el pago en forma actualizada.

F.D.L. _____ Nombre del paciente (letra de imprenta) _____

Fecha _____ Firma del paciente _____

El abajo firmante, siendo el abogado del registro del paciente anterior, por la presente acepta observar todos los términos anterior, y acuerda retener dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que sea necesario para proteger adecuadamente a dicho médico mencionado anteriormente.

Fecha _____ Firma del abogado _____

Envíenos por fax el formulario de gravamen firmado al (203) 504-7700.