

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ (Si es menor de edad, use SS# para la parte de resp.) ☐ Hombre ☐ mujer ☐ otro responsable Nombre de la parte si es

menor de edad \_\_\_\_\_ FDN de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de notificaciones de recordatorio de citas

prefiere? ☐ teléfono ☐ mensaje de texto Teléfono preferido # \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

(Para usar con nuestro portal en línea y comunicación) Apodo: \_\_\_\_\_ Estado civil: Casado / Soltero / Viudo (círculo)

Nombre del cónyuge : \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tiempo completo / Tiempo parcial / Jubilado / No trabajando

Contacto de emergencia/permiso para divulgar información a:

1) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Por favor, revise el siguiente terapeuta y aconseje a continuación: (Terapia física, Masaje, Ocupacional, Quiropráctica, Respiratoria, Cardíaca o de Dolor)

☐ Esta es la primera vez este año calendario para recibir cualquier tipo de las terapias de rehabilitación anteriores.☐ He recibido una o más rehabilitaciones este año calendario. ☐ El tratamiento fue con RPM ☐ El tratamiento fue en \_\_\_\_\_**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**¿Sus lesiones se deben a un **accidente automovilístico**: NO / SÍ # de Reclamo \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Seguro: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta:** Usted está cubierto mientras el reclamo está abierto y hay cobertura restante de protección contra lesiones personales (PIP).

Usted es responsable de realizar un seguimiento de su cobertura PIP restante. Los saldos restantes después de que PIP se agote se enviarán a usted / al paciente para el pago.

¿Sus lesiones se deben a un **accidente relacionado con el trabajo**: NO / SÍ # de Reclamo \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Empleador de lesiones: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta:** Para que su tratamiento esté cubierto por su reclamo por lesiones, debe notificarnos cualquier cambio en su médico tratante, estado de reclamo o si se programa un IME.**Si marcó que sus lesiones estaban relacionadas con un accidente automovilístico o una lesión relacionada con el trabajo, y usted o su médico no nos notificaron previamente, es posible que no podamos brindarle tratamiento hasta que la información de su reclamo haya sido revisada, verificada y autorizada. Su seguro de salud puede negar la cobertura si su tratamiento está relacionado con una lesión.****SEGURO PRIMARIO:** \_\_\_\_\_

Si usted no es el suscriptor: Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_

Si no eres el suscriptor: Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

RPM Rehab, Inc. facturará a su compañía de seguros por sus servicios de rehabilitación, sin embargo, no tenemos contrato con todas las compañías de seguros. La parte responsable que se enumera a continuación es totalmente responsable del pago de todos los cargos incurridos. Al firmar a continuación, usted entiende que es financieramente responsable de cualquier deducible, copago, coseguro y cualquier servicio o suministro no cubierto. También nos autoriza a divulgar cualquier información solicitada por la compañía de seguros con respecto al pago de beneficios. Los pagos de copagos y coseguros se esperan en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Si debe cancelar o cambiar una cita, por favor dénos un aviso de 24 horas si es posible.

**Cobramos una tarifa de no presentación de \$ 75.00 por cualquier cita de no presentación o cancelación el mismo día.****\*\* Firma del paciente/parte responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

## CONSIDERACIONES PARA EL PACIENTE

- ◆ Si no puede asistir a su(s) cita(s) programada(s), llame con 24 horas de anticipación para reprogramar. Si no se presenta a su cita programada, un "no show", no cancele 24 horas antes de la hora programada de su cita y / o llegue tarde repetidamente sin notificación previa a su cita programada. Cita, se le puede cobrar una tarifa de \$ 75.00 directamente a usted. Este cargo no es pagadero por su seguro.
- ◆ Para que pueda alcanzar sus metas de rehabilitación, es imperativo que cumpla con sus citas programadas. Por favor, llegue a tiempo. Si llega más de 10 minutos tarde, es posible que se le pida que espere o re programe. Si llega tarde, su tiempo de tratamiento puede acortarse, para no imponer el tiempo de tratamiento de otros pacientes.
- ◆ **Paciente de Medicare / Ferrocarril de Medicare** : **NO** programe sus citas de fisioterapia el mismo día que otras citas con el médico, donde está recibiendo tratamiento para la misma afección. Medicare solo pagará por una (1) visita por día.
- ◆ Las citas se hacen para su conveniencia, sin embargo, puede haber ocasiones en que su cita puede ser reprogramada o cancelada debido a que nuestros médicos cubren otras ubicaciones. Intentaremos ponernos en contacto con usted lo antes posible; Sin embargo, puede haber ocasiones en las que no se permita la notificación anticipada. Nos disculpamos de antemano por cualquier inconveniente que esto pueda causar.
- ◆ La responsabilidad de los beneficios de seguro individuales y los cambios de póliza, incluidas las actualizaciones de mitad de año de su póliza de seguro, ya sea por parte de usted o de la compañía de seguros, recae en la parte responsable de esta cuenta. Cualquier cambio en su cobertura de seguro debe comunicarse a RPM antes de su próxima cita. Cualquier retraso en la notificación puede resultar en denegaciones de reclamos por varios motivos que incluyen, entre otros: plazos de presentación oportunos cerrados, autorización no obtenida, seguro que no es un RPM contratado, todos los cuales son facturables a la parte responsable en esta cuenta. Los cambios en su compañía o pólizas de seguro también pueden resultar en la cancelación de citas hasta que se puedan revisar las nuevas pólizas de seguro, verificar los beneficios y, si corresponde, obtener la autorización.

**\*\* Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted tiene derecho a la confidencialidad total de sus registros según lo mantenido por RPM Rehab Inc. bajo las pautas federales y estatales (42 CFR 2.22). En la mayoría de los casos, esto significa que sus registros no pueden ser divulgados a menos que usted autorice específicamente esa publicación por escrito. Tenga en cuenta que el personal de RPM Rehab, Inc. puede intercambiar información libremente dentro de la clínica, pero que ni RPM Rehab, Inc. ni sus empleados pueden revelar a una persona o agencia externa que usted es un paciente que recibe servicios, la naturaleza de esos servicios o la condición para la cual está buscando tratamiento.

Su información confidencial solo puede divulgarse si:

- a) Usted da su consentimiento por escrito en un formulario aprobado de Divulgación de Información, o
- b) La divulgación es forzada por un tribunal legítimo, o
- c) La información mínima necesaria se divulga al personal médico en una emergencia médica. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de sus registros, con el entendimiento de que partes del registro pueden ser retenidas si se determina que son perjudiciales para su salud física y / o emocional. Si desea una copia de sus registros, habrá una tarifa de copia. Las tarifas de copia varían según la ley estatal actual.

### RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Entiendo que hay ciertos riesgos inherentes a cualquier esfuerzo físico. Se hará todo lo posible para minimizar estos riesgos proporcionándome instrucción y supervisión adecuadas. Entiendo que la comunicación clara y directa entre mi terapeuta y yo es necesaria para garantizar mi seguridad y bienestar. No obstante, en raras ocasiones, pueden producirse lesiones.

He leído, entiendo y acepto los derechos y responsabilidades anteriores para los pacientes de RPM Rehab, Inc. Al firmar, doy mi consentimiento para ser tratado por los terapeutas y el personal de RPM Rehab Inc.

### Monitoreo de cámara y notificación de fotografía

A todos los pacientes, personal y personas de nuestras clínicas RPM Rehab con opciones de tratamiento acuático:

RPM Rehab Inc tiene el deber de monitorear la seguridad de nuestros pacientes y personal en el área acuática. RPM Rehab utiliza cámaras para la seguridad de todos en nuestra clínica. Estas cámaras sólo se encuentran en la zona de uso de la piscina y no en los baños, vestuarios o vestuarios.

A todos los pacientes, personal y personas de nuestras clínicas RPM Rehab:

Las cámaras de nuestras clínicas NO graban, simplemente permiten la observación en tiempo real de la piscina y áreas de tratamiento por seguridad. Estas cámaras no deben considerarse como protección de propiedad personal del paciente o del personal mientras se encuentren en las instalaciones.

Además del monitoreo de la transmisión de cámaras en vivo en nuestras áreas de tratamiento, podemos solicitar una fotografía con fines de identificación en nuestro registro médico electrónico, así como utilizar fotografía/video como parte de su plan de tratamiento.

Reconozco la política y el uso de las cámaras de RPM Rehab en esta instalación.

**\*\* Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## Política de No Presentación y Cancelación Tardía

La asistencia del paciente a las citas programadas es vital para la salud y el cumplimiento de nuestros pacientes. La asistencia constante garantiza su tiempo con la atención personalizada de nuestros terapeutas y ayuda en la programación del personal clínico. Cuando un paciente "no se presenta" o cancela las citas tarde, esto impide que otros pacientes reciban tratamiento en ese momento y crea dificultades financieras para el proveedor.

**Definición de No se presenta:** Cuando un paciente no llega a su cita programada, y no hay comunicación previa, se considera "No se presenta" a la cita.

**Definición de cancelación tarde:** Un paciente que cancela/reprograma el mismo día de su cita programada.

**Definición de incumplimiento:** No presentarse, llegar tarde repetidamente sin notificación previa o cancelaciones tardes puede resultar en el alta de la terapia debido al incumplimiento del plan de terapia.

*¡Entendemos que la vida sucede! Una comunicación por correo de voz, llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico con la mayor antelación posible, incluso fuera del horario de oficina, contará como notificación previa.*

Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de **\$75.00**, facturada directamente al paciente o a la parte responsable registrada de conformidad con las políticas del proveedor de seguros. Los pacientes pueden ser dados de alta por incumplimiento.

***Tenga en cuenta que esta tarifa NO la paga ningún seguro, reclamo de compensación laboral u otra entidad de terceros que no sea el paciente o la parte responsable de la cuenta.***

Si se dado de alta, el paciente recibirá un mensaje de texto y/o correo de voz indicando que ha sido eliminado por incumplimiento.

**Tardanzas:** Pedimos a nuestros pacientes que lleguen unos minutos antes de la hora de su cita programada para garantizar que el proceso de registro se complete sin interrumpir el tiempo de tratamiento designado. Hay una ventana de 5 minutos después de que comienza el tratamiento antes de que se complete una llamada telefónica para verificar el estado de la cita.

**Si el paciente llega más de 7 minutos tarde, es posible que se le pida que espere a que se abra otra hora, que se le reduzca el tiempo de tratamiento o que se re programe la cita por completo.**

Como parte de su equipo de rehabilitación, le brindamos servicios de terapia. Es imperativo que mantenga su cumplimiento para lograr sus objetivos de rehabilitación y cumplir con las regulaciones de su proveedor de seguros. Al firmar a abajo, usted, o su parte responsable, comprende la política anterior y acepta los términos incluidos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o responsable

\_\_\_\_\_  
# de Cuenta



## Historia clínica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Account # \_\_\_\_\_ Date Completed \_\_\_\_\_

El historial médico fue suministrado por el cuidador / paciente y revisado por el médico

☐ Sí

☐ No

### Razón para la terapia

Fecha de inicio de la condición: \_\_\_\_\_

¿Algún episodio anterior de esta condición? ☐ Sí ¿Cuántos en el último año? \_\_\_\_\_ No ☐

¿Es esto una lesión relacionada con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

Fecha de la próxima cita con el médico para esta afección: \_\_\_\_\_

En pocas palabras, describa el inicio de la(s) condición(es) actual(es):

### Síntomas actuales

Califique la intensidad de sus síntomas en los últimos 5 días:

( 0 es ningún dolor o síntomas y 10 es el peor dolor o síntomas posibles )

Síntomas en el peor de los casos \_\_\_\_ de 10

Síntomas en el mejor de los casos \_\_\_\_ de 10

### Cirugía

¿Te sometiste a una cirugía para esta afección? ☐ Si ☐ No

Fecha de la cirugía (si corresponde): \_\_\_\_\_

Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

### ¿Cómo cambian las actividades los síntomas?

Enumere las actividades que empeoran sus síntomas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere las actividades que mejoran sus síntomas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué actividades ya no puede hacer debido a esta condición? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Pruebas diagnósticas

Haga una lista de las pruebas de diagnóstico que haya recibido para esta afección:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Previous Therapy

¿Ha recibido terapia (física, ocupacional, del habla o masaje) en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿dónde y por qué razón?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Lista de condiciones médicas

Por favor, compruebe cualquier condición médica de la que tenga antecedentes:

- |  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding       | <input type="checkbox"/> Chronic Back Pain         | <input type="checkbox"/> Diabetes Type 2    | <input type="checkbox"/> High Cholesterol      | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis       |
| <input type="checkbox"/> Angina                  | <input type="checkbox"/> Chronic Neck Pain         | <input type="checkbox"/> DVT-Blood Clots    | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS              | <input type="checkbox"/> Osteoporosis         |
| <input type="checkbox"/> Anxiety                 | <input type="checkbox"/> Closed head Injury        | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia       | <input type="checkbox"/> Hypertension          | <input type="checkbox"/> Psoriatic Arthritis  |
| <input type="checkbox"/> Arrhythmia              | <input type="checkbox"/> Colitis                   | <input type="checkbox"/> Frequent UTI       | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism        | <input type="checkbox"/> PVD - Numbess        |
| <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure  | <input type="checkbox"/> GERD               | <input type="checkbox"/> Irritable Bowel Synd. | <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Bipolar Disorder        | <input type="checkbox"/> COPD                      | <input type="checkbox"/> Glaucoma           | <input type="checkbox"/> Joint Pain            | <input type="checkbox"/> Scoliosis            |
| <input type="checkbox"/> Blood Clotting Disorder | <input type="checkbox"/> Crohn's Disease           | <input type="checkbox"/> Gout               | <input type="checkbox"/> Lymphedema            | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder     |
| <input type="checkbox"/> Bowel Incontinence      | <input type="checkbox"/> CVA (Stroke)              | <input type="checkbox"/> Heart Disease      | <input type="checkbox"/> Migraine Headaches    | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath  |
| <input type="checkbox"/> Cancer                  | <input type="checkbox"/> Degenerative Disc Disease | <input type="checkbox"/> Hepatitis B        | <input type="checkbox"/> MRSA                  | <input type="checkbox"/> Sleeping Disorder    |
| <input type="checkbox"/> Carpal Tunnel Syndrome  | <input type="checkbox"/> Depression                | <input type="checkbox"/> Hepatitis C        | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis    | <input type="checkbox"/> TB                   |
| <input type="checkbox"/> Cellulitis              | <input type="checkbox"/> Diabetes Type 1           | <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia      | <input type="checkbox"/> MI/Heart Attack       | <input type="checkbox"/> Urinary Incontinence |
| <input type="checkbox"/> Feeding Difficulties    | <input type="checkbox"/> Memory Difficulties       | <input type="checkbox"/> Speech Dificulties | <input type="checkbox"/> Mental Disorders      |   |
| <input type="checkbox"/> Other:                  |  |   |  |   |

Proporcione algún detalle si marcó alguna de estas preocupaciones (memoria, habla, dificultades de alimentación)

---

### Otras condiciones

¿Tiene un marcapasos? ☐ Si ☐ No

¿Existe la posibilidad de embarazo? ☐ Si ☐ No

Enumere las condiciones que aún no están incluidas:

## Cirugías

¿Ha tenido alguna cirugía previa (*no relacionada con esta lesión*)? ☐ Sí ☐ No

Lista Cirugías que ha tenido, incluida la fecha si se conoce:

## Cirugías y procedimientos

Typo	Fecha	Resultados/Detalles

## Medicamentos

¿Toma algún medicamento recetado o de venta libre? ☐ Sí ☐ No

¿Ha habido algún cambio reciente en sus medicamentos? ☐ Sí ☐ No

Enumere los medicamentos actuales (***o proporcione una lista a la recepcionista para que haga una copia***) Incluya la dosis y la frecuencia si es posible Nombre Método de frecuencia de dosis (oral, inyección, sublingual, etc.)

[illegible]

Alergias

¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos u otras sustancias que debemos tener en cuenta?

☐ Sí ☐ No

Sírvase proporcionar detalles: \_\_\_\_\_

Smoking

¿Actualmente fuma cigarrillos? ☐ Con frecuencia ☐ Ocasionalmente ☐ Rara vez ☐ Nunca

¿Bebe alcohol? ☐ Con frecuencia ☐ Ocasionalmente ☐ Rara vez ☐ Nunca

¿Consumes drogas ilícitas? ☐ Con frecuencia ☐ Ocasionalmente ☐ Rara vez ☐ Nunca

Empleo

¿Cuál es su estado laboral actual? ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo parcial ☐ Estudiante a tiempo completo

☐ Estudiante a tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Deshabilitado/ Desempleado

Ocupación: \_\_\_\_\_

Capacidad actual para trabajar: ☐ Capaz de realizar todas las tareas / sin restricciones

☐ Tareas o horarios restringidos ☐ Fuera del trabajo

Equipo

¿Utiliza algún equipo para ayudar con la movilidad, el trabajo o las actividades diarias?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué equipo utiliza? \_\_\_\_\_

Por favor, marque estos dibujos de acuerdo con el lugar donde le dolió y  
Indique qué sensaciones siente consultando la clave (símbolos) a continuación.

Tipo de sensación	Dolor		Punzante		Ardientes		Pines y agujas		Entumecimiento
Indicador de símbolo	+++++++		/////		xxxxxx		0000000		=====

