




















**Pantalla de necesidades del cliente (CNS)**

	1. ¿Ha tenido una caída en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	2. ¿Tienes miedo a caer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	3. ¿Quieres que se evalúe tu estabilidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	4. ¿Experimenta mareos o desequilibrio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	5. ¿Pierde el equilibrio al subir/bajar bordillos o escaleras/escalones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	6. ¿Te cuesta caminar en la oscuridad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	7. ¿Tiene dificultad para oír?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

	8. ¿Tiene osteoporosis, artrosis y/o dolor en las articulaciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	9. ¿Toma suplementos para huesos y/o articulaciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	10. ¿Experimenta dolores musculares, dolores y/o calambres musculares?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	11. ¿Usas terapia de frío, calor o compresión en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	12. ¿Está interesado en saber cómo la ropa de compresión con hielo podría ayudar a su condición?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	13. ¿Está interesado en aprender cómo la terapia de calor y/o frío en el hogar podría ayudar a su condición?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

	14. ¿Tiene dolor/molestias en los pies y/o tobillos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	15. ¿Actualmente usa plantillas para zapatos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	16. ¿Está interesado en aprender cómo un inserto de zapato podría ayudar con su condición?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	17. ¿Tiene dolor y/o problemas físicos además de lo que le están viendo hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	18. ¿Le gustaría obtener más información sobre la salud de su cuerpo entero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	19. ¿Está interesado en aprender cómo un programa de acondicionamiento físico con base médica podría optimizar su condición física de manera segura?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



Nombre del paciente _____

Fecha _____



Fecha de lesión/comienzo _____

Fecha de la próxima visita al médico _____

¿Alguna vez has tenido estos síntomas antes? **Si No**

Altura _____

Email: _____

Peso _____

Encierre en un círculo todo lo que corresponda a sus síntomas:

Lesión relacionada con el trabajo, Estado Ocurrió _____

Lesión atlética o recreativa

causa desconocida

Accidente automovilístico, Estado Ocurrió _____

Lesión relacionada con el levantamiento

Otro

¿Ha tenido una cirugía relacionada? Sí No

Cuándo: _____

¿Estás trabajando actualmente? si no

Ocupación: _____

¿Participa regularmente en algún deporte, actividad o programa de ejercicios? si no

¿Actualmente tiene o tiene antecedentes de alguno de los siguientes? (Por favor marque)

Infarto de miocardio	sí No	Hernia	sí No
Enfermedad del corazón	sí No	Cáncer	sí No
Palpitos del corazón	sí No	Anormalidades del intestino/vejiga	sí No
Dolor de pecho/angina	sí No	Problemas de hígado/vesícula biliar	sí No
Alta presión sanguínea	sí No	Hepatitis	sí No
¿Estás tomando anticoagulantes?	sí No	condición de la tiroides	sí No
¿Tienes un marcapasos?	sí No	Problemas de riñon	sí No
Carrera	sí No	alergias al calor	sí No
Diabetes	sí No	Alergias al resfriado	sí No
Tipo 1 juvenil	sí No	Otras alergias	sí No
Inicio del adulto tipo 2	sí No	Implantes metálicos	sí No
¿Tomas insulina?	sí No	Fracturas recientes	sí No
Hipoglucemia	sí No	Cirugía reciente	sí No
Asma/dificultad para respirar	sí No	anomalías de la piel	sí No
¿Usas un inhalador?	sí No	fibromialgia	sí No
¿Estás embarazada?	sí No	Artritis reumatoide	sí No
¿Fumas?	sí No	Osteoartritis	sí No
dolores de cabeza	sí No	Disfunción sexual	sí No
Mareos/Desmayos	sí No	Otras ETS	sí No
zumbido en tus oídos	sí No	Tuberculosis	sí No
Náuseas vómitos	sí No	VIH	sí No
convulsiones	sí No	Otro	sí No

Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, explique y proporcione la fecha aproximada:



¿Hay alguna otra información sobre su historial médico pasado que debemos saber?

Four horizontal lines for writing patient history information.

¿Actualmente está tomando algún medicamento? (de venta libre y recetados) Sí No

Si es así, enumere a continuación o proporcione una lista.

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Vía (oral/tópica/etc)</u>

Encierre en un círculo la intensidad de su dolor en una escala de 0 a 10. Siendo 0 ningún dolor y 10 el peor. ¿Peor?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Actual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Mejor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Muéstranos dónde está tu dolor en la ilustración.

¿Qué describe su dolor?

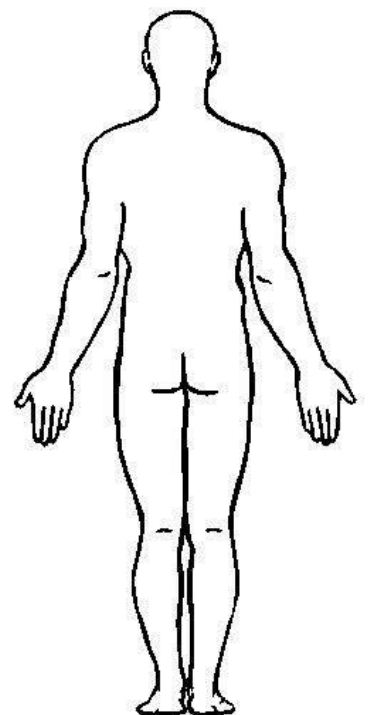
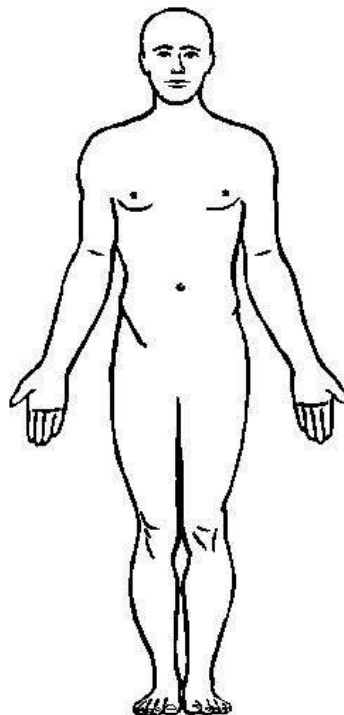
(Por favor marque)

Aburrido/Adolorido

Afilado

Entumecimiento/hormigueo

Otro _____





Información de contacto adicional y de emergencia

Nombre: _____	Número de teléfono: (____) _____	Relación con el paciente _____
Responsable de Cuenta en Seguros: ___ Paciente ___ Otra persona	Si es otra persona, su nombre: _____	Si es otra persona, su fecha de nacimiento/ssn: _____

informacion del empleador

Nombre del empleador: _____	Habla a: _____
¿Está usted o el responsable de la cuenta asegurado a través de un empleador? ___ Sí ___ No	Número de teléfono: _____

Política financiera del paciente

Lea las políticas financieras, ponga sus iniciales donde corresponda y firme y ponga la fecha en la parte inferior.

Entiendo que es política de Southwest Orthopaedic Physical Therapy cobrar la responsabilidad estimada del paciente obtenida de mi compañía de seguros en cada fecha de servicio, así como el saldo de mi cuenta. Este saldo puede deberse a, entre otros, copago/coseguro, deducible o servicios no cubiertos. SWOPT estimará los porcentajes de coaseguro en función de lo que se espera que pague el seguro. Debido a que se trata de una estimación y no de una cifra exacta, existe la posibilidad de que aún sea responsable de un saldo adicional o de que se me deba un reembolso de crédito si he pagado en exceso. Iniciales

Debe presentar una tarjeta de seguro válida en su visita e informar a nuestra oficina de **inmediato** sobre cualquier cambio de seguro o médico. Cualquier denegación de pagos como resultado de no informar los cambios a nuestra oficina se convierte en responsabilidad del paciente. Iniciales

Autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos a Southwest Orthopaedic Physical Therapy por los servicios prestados a mí oa mi dependiente. Iniciales

Entiendo que, en última instancia, es mi responsabilidad revisar mis explicaciones de los beneficios que recibo. Muchas veces los servicios no están cubiertos debido a su plan de seguro individual y acepto informar a SWOPT si deseo no continuar con estos servicios. Iniciales

Compañías de seguros comerciales: facturamos a la mayoría de las compañías de seguros por usted si se nos proporciona la documentación adecuada. Todos los saldos pendientes, copagos y deducibles deben pagarse antes de registrarse para sus citas. Si una compañía de seguros no ha pagado dentro de los 90 días posteriores a la facturación, usted debe pagar las tarifas en su totalidad.

Medicare: Nuestra oficina es un proveedor participante de Medicare y facturaremos a Medicare por usted. Facturaremos sus seguros secundarios que se cruzan automáticamente desde Medicare. Si su seguro secundario no paga dentro de los 60 días posteriores a la facturación, usted debe pagar las tarifas en su totalidad. Cualquier saldo pendiente debe pagarse antes de sus citas.

Seguro de automóvil: nuestra oficina acepta la mayoría de los seguros de automóvil para el pago del servicio. No tenemos forma de saber cuánto medpay tiene o ha acumulado. Una vez que se haya agotado medpay, todos los saldos pasan a ser su responsabilidad.



Nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas para cualquier cita cancelada. Si no se da un aviso de 24 horas, no se presenta o llega 15 minutos o más tarde a una cita programada, se le cobrará una tarifa de \$50 por no presentarse. Nos reservamos el derecho de cancelar todas las citas futuras después de 3 citas perdidas. _____ *Iniciales*

Si los saldos no se pagan de acuerdo con los términos, el paciente entiende que nuestra oficina informa a una agencia de cobranza externa. En el caso de que su cuenta sea entregada para cobros, el paciente acepta pagar todos los cargos adicionales en el cobro de la deuda. _____ *Iniciales*

Entiendo que mi plan de seguro individual puede o no cubrir algunos o todos los servicios prestados. Entiendo que seré el responsable final de cualquier saldo en mi cuenta. _____ *Iniciales*

Si se contrata a un abogado en algún momento durante el tratamiento, entiendo que debo notificar a esta oficina de inmediato y proporcionar una carta de protección de mi abogado. _____ *Iniciales*

consentimiento para tratar

Por la presente doy mi consentimiento por escrito para ser tratado en SWOPT por un terapeuta físico u ocupacional autorizado, un estudiante de fisioterapia, un asistente de fisioterapia, un técnico o ayudante de pt, un terapeuta de masajes o un terapeuta de puntos gatillo miofasciales. _____ *Iniciales*

Autorización para divulgar información médica

Por la presente, autorizo la divulgación de mis registros médicos y de facturación a cualquier proveedor de atención médica involucrado en mi atención y tratamiento. SWOPT también puede divulgar información a cualquier persona u organización responsable de todos o parte de mis cargos, como mi compañía de seguros, mi ajustador, mi departamento de reclamos de seguros, cualquier tercero pagador, medicare/medicaid, la compañía de compensación de trabajadores de mi empleador, mi abogado. Reconozco que tras la divulgación de información de registros médicos a una compañía de seguros o pagador de conformidad con esta autorización, SWOPT ya no es responsable de la confidencialidad de cualquier información conocida o poseída por el pagador. _____ *Iniciales*

HIPAA

Me han proporcionado una copia de la política HIPAA para revisar. He leído y entendido mis derechos bajo HIPAA. Se proporcionará una copia del acuerdo de HIPAA para mis archivos si lo solicito. _____ *Iniciales*

Consentimiento para Fotografía/Grabación de Video

Por la presente doy mi consentimiento para que se incluyan fotografías, imágenes grabadas en video u otras imágenes más en mi expediente médico personal.

____Doy consentimiento para fotografía/grabación de video

____No doy mi consentimiento para fotografía/grabación de video

He leído y comprendo la información anterior.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____



ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES

- COMO RECORDATORIO, NUESTRA OFICINA PRINCIPAL COBRA COPAGOS, COSEGUROS Y PAGOS DE DEDUCIBLES O ARTÍCULOS/SERVICIOS NO CUBIERTOS AL MOMENTO DEL SERVICIO.
- NO SABEMOS LAS CANTIDADES **EXACTAS** DEBIDAS HASTA QUE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS PROCESA SUS CLIMAS.
- SOLO PORQUE COBRAMOS UNA CANTIDAD CIERTA EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, ES IMPORTANTE QUE RECONOZCA QUE ES UN **ESTIMADO** Y QUE PUEDE HABER UN **SALDO** DEBIDO O SI HA PAGADO EN EXCESO HABRÁ UN **CRÉDITO** EN SU CUENTA QUE SE APLICARÁ A LOS SALDOS O REEMBOLSADO EN UNA FECHA POSTERIOR.

EJEMPLOS DE DIFERENTES ESCENARIOS:

- **COPAGOS :** SI COBRAMOS UN COPAGO DE \$40.00 EN EL MOMENTO DE LA VISITA PERO SU SEGURO EVALUÓ UN COPAGO DE \$50.00, USTED SERÁ RESPONSABLE DEL MONTO ADICIONAL DEBIDO. SI LA CANTIDAD ADICIONAL NO SE COBRA AL MOMENTO DEL SERVICIO, SE LE FACTURARÁN LOS SALDOS PENDIENTES. SI HA PAGADO EN EXCESO POR UNA FECHA DE SERVICIO, EL CRÉDITO SE PUEDE APLICAR A LOS SALDOS EN REEMBOLSADO EN UNA FECHA POSTERIOR.
- **COASEGURO:** ESTAS SON ESTIMACIONES BASADAS EN SU PORCENTAJE DE COASEGURO. SI FUIMOS COTIZADOS TIENES UN COASEGURO DEL 10% COBRAMOS \$10, SI 20% COBRAMOS \$20, SI 30% COBRAMOS \$30, ETC. ESTAS **NO SON** CIFRAS EXACTAS PORQUE NO SABEMOS LA CANTIDAD EXACTA QUE SE FACTURARÁ A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS YA QUE LOS TRATAMIENTOS PUEDEN VARIAR DÍA A DÍA Y TAMPOCO SABEMOS CÓMO SE PROCESARÁ SU RECLAMACIÓN POR SU SEGURO. SI HA PAGADO DE MENOS POR UNA FECHA DE SERVICIO, SE LE COBRARÁ EL RESTO. SI HABÍA PAGADO EN EXCESO POR UNA FECHA DE SERVICIO, EL CRÉDITO PUEDE SER APLICADO A LOS SALDOS EN SU CUENTA PARA OTRAS FECHAS DE SERVICIO O REEMBOLSADO EN UNA FECHA POSTERIOR.
- **DEDUCIBLES:** LAS CANTIDADES DE LOS DEDUCIBLES SON MUY ASÍ QUE COBRAMOS \$100/VISITA HASTA QUE ANTICIPAMOS QUE SE CUMPLIRÁ EL DEDUCIBLE. POR EJEMPLO, SI TIENE UN DEDUCIBLE DE \$500, COBRAREMOS \$100 POR CINCO (5) VISITAS. ESTO NO QUIERE DECIR QUE ES TODO LO QUE SE DEBE. UNA VEZ MÁS, NO CONOCEMOS LOS SALDOS VERDADEROS DEBIDO HASTA QUE SU SEGURO PROCESA SUS RECLAMACIONES. SI SU SEGURO EVALUA UNA MAYOR APROXIMACIÓN A SU DEDUCIBLE PARA UNA FECHA DE SERVICIO, USTED SERÁ RESPONSABLE DEL SALDO ADICIONAL DEBIDO. SI USTED HA PAGADO EN EXCESO EN BASE A LO QUE EVALUA SU SEGURO, SU CRÉDITO SERÁ APLICADO A OTROS SALDOS VENCIDOS O REEMBOLSADOS EN UNA FECHA POSTERIOR.

UNA VEZ MÁS LO QUE SE COBRA ES UNA ESTIMACIÓN Y USTED PUEDE HACER MÁS DE LO QUE SE COBRÓ O PUEDE TENER UN CRÉDITO EN SU CUENTA SI PERO LO QUE SE COBRÓ FUE MÁS DE LO QUE EL SEGURO PONE HACIA UNA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.

RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y SOY CONSCIENTE DE QUE EN ÚLTIMA HORA PUEDO SER RESPONSABLE DE CANTIDADES ADICIONALES DEBIDAS EN MI CUENTA INDEPENDIEMENTE DE LO QUE SE RECAUDABA EN EL MOMENTO DE LA VISITA :

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: _____

FECHA: _____