

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA, Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nuestra oficina nos encantaría mandar sus cobros médicos a la aseguranza de usted, con tal de que usted nos ha suministratdo con una copia de todas las tarjetas de seguro y una identificación con fotografía del paciente y/o el padre. Si la información de la cobertura del seguro no está disponible en el momento del servicio, su cuenta será pagado co un mínimo de \$150.00 antes de ser vistos y las dispociones financieras hechas por cualquier saldo restante.

Mi firma abajo a ENT Consultants/FYZICAL, y todos los proveedores dentro, da consentimiento para el tratamiento de los medios que ENT Consultants/FYZICAL considere necesario y apropiado para el tratamiento del paciente identificado. Estos tratamientos puede requerir procedimientos de diagnósticos, pruebas de audición, pruebas de laboratorio y radiografías.

Mi firma autoriza a ENT Consultants/FYZICAL para revelar a mis compañías de seguros y/o programas ambulatorios información de mi expediente médico referente a mi tratamiento según sea necesario para procesar reclamos de seguro .

Mi firma a continuación reconoce que soy consciente y financieramente responsable por la cantidad que mi aseguranza no pague.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

X _____ / ____ / ____
Firma del paciente / padre / o cuidador **Fecha**

CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Yo autorizo a Fyzical que manden la información necesaria que incluye información privada pero no es limitada a estudios de laboratorios y los resultados, recetas médicas, productos necesarios que haya comprado, cirugías y citas a las siguientes personas: **(Usted debe de indicar quienes pueden obtener esta información referente a usted y su salud)**

- Padres Contestadora Cónyuge Cuidador (nombre) _____
- Celular Padrastrros Padres adoptivos Pareja _____
- Nadie Otro _____ Interprete _____

Mi firma a continuación reconoce que entiendo el formulario de consentimiento de HIPAA y que se me ha ofrecido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Yo comprendo que es mi derecho a recibir esta información y es en mi mejor interés de leer y preguntar acerca de cualquier problema o duda que pueda tener sobre mi privacidad.

X _____ / ____ / ____
Firma del Paciente / padre / o cuidador **Fecha**

Cuestionario de salud del paciente

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____ / _____ / _____

Describe su queja o limitación actual: _____

Describe cómo comenzó su problema: _____

Cuánto tiempo hace que su condición comenzó?: _____

Que pruebas o intervenciones a tenido para esta condición?: _____

¿Ha tenido otra terapia física o terapia de habla este año? NO SI -Cuántas sesiones? _____

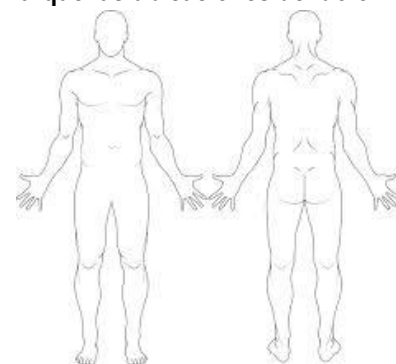
Indique las actividades diarias que no puede realizar: _____

¿Tuvo cirugía para este problema? No SI Fecha ____ / ____ / ____ Procedimiento: _____

Describe sus síntomas (marque todas las que correspondan):

<p>Mareos/Desequilibrio:</p> <input type="checkbox"/> Girando/Vertigo <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desequilibrio <input type="checkbox"/> Sentirse "apagado" <input type="checkbox"/> Intolerancia a movimientos <input type="checkbox"/> Migraña/dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor de oído/presión <input type="checkbox"/> Timbre en los oídos <input type="checkbox"/> Cambios de audición <input type="checkbox"/> Lesion en la cabeza	<p>Salud pélvica:</p> <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal <input type="checkbox"/> Dolor en la region pélvica	<p>Descripción del dolor:</p> <input type="checkbox"/> Dolor agudo <input type="checkbox"/> Dolor sordo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Disparos <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Hormigueo
<p>Frecuencia de síntomas:</p> <input type="checkbox"/> Constante (76 – 100%) <input type="checkbox"/> Frecuente (51 – 75%) <input type="checkbox"/> Occasional (26 – 50%) <input type="checkbox"/> Intermitente (25% - 0%)		

Marque las ubicaciones del dolor



Nivel de síntomas en el peor de 0 (Sin síntomas) a 10 (síntomas insoportables) _____

Nivel de síntomas en el mejor de 1 (Sin síntomas) a 10 (síntomas insoportables) _____

Actividades o posiciones que aumentan los síntomas: _____

Actividades o posiciones que disminuyen los síntomas: _____

Ocupación _____

PASADO/ PRESENTE

- Presión Alta
- Angina
- Infarto
- Derrame Cerebral
- Asma
- VIH/SIDA
- Cancer – Ubicación: _____ Fecha: _____
- Tumores
- Lupus
- Hepatitis
- Epilepsia
- Diabetes
- Artritis Reumática
- Artritis
- Embarazo
- Incontinencia
- Otro _____
- Uso de tabaco
- Dependencia a drogas o alcohol

<p>Peso _____ Estatura _____ ft _____ in. ¿Te has caído en el último año. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI – Cuántas veces? _____</p>
<p>Medicamentos: (Nombre/Dosis/Frecuencia/Ruta Administrada)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>** Si necesita espacio adicional para medicamentos por favor traiga un documento separado en su próxima visita</p>
<p>Hospitalización/Procedimientos Quirúrgicos (lista si no se describe en otro lugar):</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Tiene Marcapasos: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>

Account # _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Médico: _____ No. de cuenta del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____ M F

No. de seguro social: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel Casa: (____) _____ Tel Trabajo: (____) _____ Tel Celular: (____) _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Idioma: _____

Etnicidad: Negro Blanco Indio Americano/Alaska Nativo Hispano Asiático

Correo electrónico: _____ Empleador _____

Relación al garante Yo Hijo/a Conyuge Guardian Otro

Nombre del garante: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Empleador del garante: _____ No. de tel: _____

Médico que le refirió: _____ Médico de familia: _____

Cómo se enteró de nosotros? Dr. de Familia Televisión Cine Cartelera
 Yellowpages Periodico Sitio Web Otro _____

Nombre en la Póliza: _____

No. de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de Teléfono: _____ Relación al Paciente: _____

Empleador: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD / FAVOR LLENE INFORMACIÓN DE AMBOS PADRES

Nombre del Padre:	Nombre de la madre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Domicilio:
Teléfono:	Teléfono:
Celular:	Celular:
No. de seguro social:	No. de seguro social:
Lugar de empleo:	Lugar de empleo: