



EG Rehab Solutions, LLC  
Phone: (317) 723-6089 Fax: (317) 823-0662

### Formulario de consentimiento Informado

Para iniciar los servicios, necesitamos su firma en este formulario de autorización.

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

la fecha de  
nacimiento \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA LA EVALUACIÓN Y/O TRATAMIENTO, Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Inicial en la línea indica consentimiento, N/A si no es aplicable

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que este proveedor rinda la evaluación y el tratamiento establecidos anteriormente según lo ordenado por mi médico.

\_\_\_\_\_ Soy una autorreferencia y doy mi consentimiento para que este proveedor haga una evaluación y tratamiento de fisioterapia para mi problema:

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de mi información de atención médica necesaria para el tratamiento y / o para procesar reclamos por servicios prestados por este proveedor.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que este proveedor haga evaluación y tratamiento de fisioterapia por teléfono (visitas electrónicas) o internet (en lo sucesivo, Telesalud)

### COBERTURA DE REEMBOLSO:

\_\_\_\_\_ Solicito y autorizo la cobertura de seguro del paciente para hacer pagos de beneficios autorizados en nombre del paciente a este proveedor.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable de pagar cualquier deducible, coaseguro, copago y de cualquier servicio no asegurado autorizado anteriormente.

\_\_\_\_\_ EL COBRO DE CUENTAS MOROSAS ESTARÁ SUJETO A CARGOS POR SERVICIO POR MES MÁS HONORARIOS DE ABOGADOS, COSTOS JUDICIALES Y TAMBIÉN HONORARIOS DE COBRO.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o fecha de representante del paciente**

Si alguien ha firmado, imprima el nombre y la relación con el paciente:

Nombre relación con el paciente



# FYZICAL®

## Therapy & Balance Centers

comando militar correspondientes lo determinen necesario. También podemos divulgar información sobre usted para la compensación de trabajadores u otros programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Se requiere su autorización antes de que podamos usar o divulgar su PHI para otros fines.

### 2) Sus derechos de privacidad

#### Restricciones

Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa su PHI; sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, debemos cumplir con su solicitud.

#### Comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitarnos una comunicación confidencial en el lugar que elija. Esta solicitud debe ser por escrito.

#### Acceso a la PHI

Tiene derecho a solicitar una copia de su expediente médico. Debe realizar esta solicitud por escrito y es posible que le cobremos una tarifa para cubrir los costos de copiado y envío por correo.

#### Enmiendas

Tiene derecho a solicitar que se haga una enmienda a su PHI, si no está de acuerdo con lo que dice sobre usted. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Si no estamos de acuerdo con usted, no estamos obligados a realizar el cambio. Tiene derecho a presentar una declaración por escrito sobre por qué no está de acuerdo que formará parte de su registro. No podemos modificar partes de su registro médico que no hayamos creado.

#### Contabilización de divulgaciones

A partir del 14 de abril de 2003, tiene derecho a solicitar la rendición de cuentas de las divulgaciones realizadas en los seis años anteriores. Estas divulgaciones no incluirán las realizadas para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica o para las que hayamos obtenido autorización.

### Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentarnos una queja por escrito sin temor a represalias. Su queja debe contener suficiente información específica para que podamos investigar adecuadamente y responder a sus inquietudes.

Llame al (463) 271-1759 o envíe un correo electrónico a: indianapolis@fyzical.com

#### Nuestro deber de proteger su privacidad

Estamos obligados a cumplir con las normas federales de privacidad de la información de salud manteniendo la privacidad de su PHI. Estas reglas requieren que le proporcionemos este documento, nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Nos reservamos el derecho de actualizar este aviso si así lo exige la ley. Si actualizamos este aviso en cualquier momento en el futuro, recibirá un aviso revisado la próxima vez que busque tratamiento con nosotros.



# FYZICAL<sup>®</sup>

## Therapy & Balance Centers

### Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

1) Usos y divulgaciones Usaremos su información de salud protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

El tratamiento incluye la divulgación de información de salud a otros proveedores que lo han referido para recibir servicios o están involucrados en su atención. Esto puede incluir médicos, enfermeras, técnicos y otros fisioterapeutas. Por ejemplo, podemos sentir que un paciente con accidente cerebrovascular que estamos tratando se beneficiaría de una evaluación por parte de un patólogo del habla y el lenguaje para abordar una dificultad para tragar. La información de salud que compartimos con el patólogo del habla y el lenguaje se consideraría una divulgación relacionada con el tratamiento.

El pago incluye la divulgación de información de salud a su compañía de seguros, incluidos Medicare y Medicaid, para que se pueda obtener el pago por los servicios prestados. Su compañía de seguros puede hacer una solicitud para revisar su expediente médico para determinar que su atención era necesaria.

Operaciones de atención médica incluye la utilización de sus registros para controlar la calidad de la atención que se brinda en nuestras instalaciones o para actividades de planificación comercial.

Otros usos especiales Nuestra práctica puede usar su PHI para enviarle un recordatorio de cita, para informarle sobre nuestros otros productos y servicios relacionados con la salud.

Usos y divulgaciones requeridos por la ley Las reglamentaciones federales de privacidad de la información de salud nos permiten o exigen que usemos o divulguemos su PHI de las siguientes maneras: podemos compartir parte de su PHI con un familiar o amigo involucrado en su atención si usted no se opone, podemos usar su PHI en una situación de emergencia cuando no pueda expresarse, y podemos usar o divulgar su PHI con fines de investigación si se nos brindan garantías muy específicas de que se protegerá su privacidad. También podemos divulgar su PHI cuando la ley nos exija hacerlo, por ejemplo, por orden judicial o citación. A veces, la ley exige divulgaciones a las agencias de supervisión de la salud para informar ciertas enfermedades o reacciones adversas a medicamentos. Podemos usar y divulgar su información de salud para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o para la salud o seguridad del público o de otros. Si está en las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información de salud cuando las autoridades de

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

ACUSE DE RECIBO

Al firmar este formulario, reconoce haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad de EG Rehab Solutions, LLC (d.b.a FYZICAL Therapy & Balance Centers).

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Le animamos a que lo revise detenidamente.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia del Aviso revisado visitando nuestro sitio web en <http://www.fyzical.com/fort-ben-in> o a pedido de su equipo de atención médica.

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de FYZICAL Therapy & Balance Centers.

\_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

(Circule uno: paciente/padre/tutor/tutor)

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER ACUSE DE RECIBO

# Fyzical

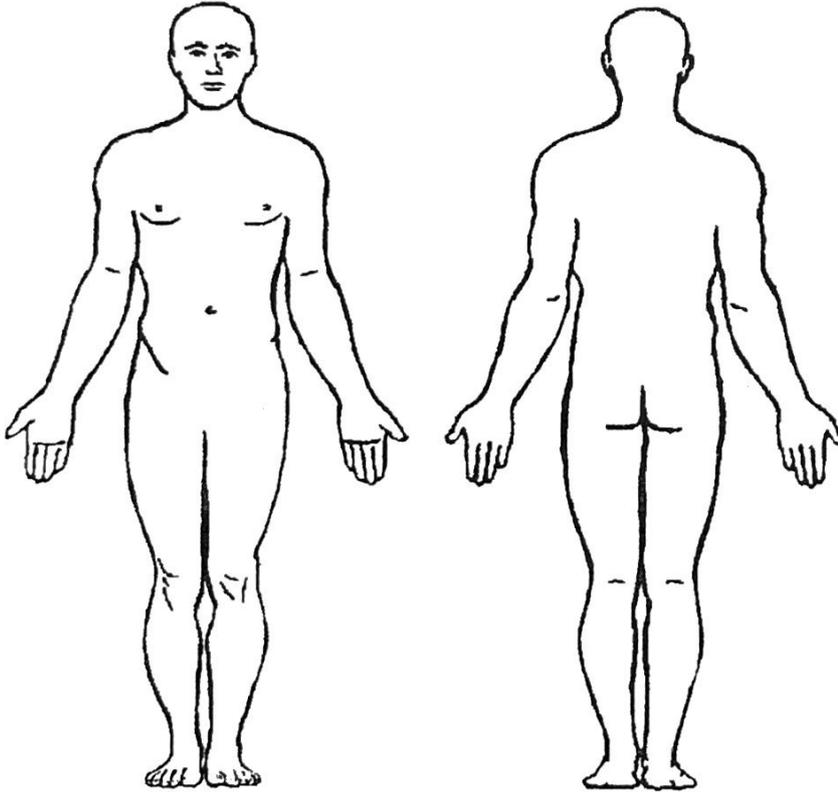
## Medical Intake Form

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

**Indiquen en donde sienten dolor.**

Por favor marque con una "X" donde tiene dolor:



Por favor, encierre en un círculo las palabras que mejor describen su dolor:

**Severo** (Severe)

**Leve** (Dull)

**Puñalada** (Stabbing)

**Ardiente** (Burning)

**Entumecimiento** (Numbness)

**Palpitante** (Throbbing)

**Agudo** (Sharp)

**Irradiar** (Radiating)

**Tierno** (Tender)

**Profundo** (Deep)

Califica tu dolor del 0 (sin dolor) al 10 (peor dolor):

Cuando te sientas lo peor (at Worst):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lo que sientes hoy (Today's pain):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cuando te sientas lo mejor (at Best):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Historia médica pasada

Tiene, o ha tenido, alguno de los siguientes:

- Anemia**
  - Asma** (Asthma)
  - Dolor de Espalda** (Back Pain)
  - Cáncer**
  - Depresión**
  - Problemas de Disco Espinal** (Disc Problems)
  - Mareo/Desmayo** (Dizziness/Fainting)
  - Fatiga Excesiva** (Excessive Fatigue)
  - Ataque al Corazón** (Heart Attack)
  - Hipertensión** (Hypertension)
  - Enfermedad Infecciosa** (Infectious Disease)
  - Problemas de Riñón** (Kidney Problems)
  - Hipotensión** (Hypotension)
  - Implantes Metálicos** (Metal Implants)
  - Dolor de Cuello** (Neck Pain)
  - Heridas Abiertas** (Open Wounds)
  - Osteoporosis**
  - Tímpano Perforado** (Perforated Ear Drum)
  - Artritis Reumatoide** (Rheumatoid Arthritis)
  - Convulsiones** (Seizures)
  - Sarpullido en la Piel** (Skin Rashes)
  - Derrame Cerebral** (Stroke)
  - Hormigueo en Brazos/Manos** (Tingling in Arms/Hands)
  - Tifoidea/Cólera/Disentería** (Typhoid/Cholera/Dysentery)
  - Alergia** (Allergies)
  - Balance**
  
  - Incontinencia** (Incontinence)
  - Dolores en el Pecho** (Chest Pains)
  - Diabetes**
  - Jaquaca** (Headaches)
  - Fiebre superior a 37.7°C/100°F** (Fever above 100°F)
  - Cardiopatía** (Heart Disease)
  - Hipoglucemia** (Hypoglycemia)
  - Dolor de Rodilla** (Knee Pain)
  - Problemas de Hígado/Vesícula Biliar** (Liver/Gallbladder Problems)
  - Estilo de Vida Sedentario** (Sedentary Lifestyle)
  - Náusea**
  - Rigidez de Nuca** (Neck Stiffness)
  - Osteoartritis**
  - Marcapasos** (Pacemaker)
  - Tratamiento de Radiación (hace menos de 3 meses)** (Radiation Treatment less than 3 months ago)
  - Tinnitus**
  - Dificultad para Respirar** (Difficulty Breathing)
  - Problemas Estomacales o Intestinales** (Stomach or Intestinal Issues)
  - Problemas Tiroideos** (Thyroid Problems)
  - Hormigueo en Piernas/Pies** (Tingling in Legs/Feet)
  - Problemas de la Vista** (Vision Problems)
- Otras cuestiones de salud (por favor explique):
- 
- 

¿Estás tomando alguna medicación? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor enumere los medicamentos:

---

Fecha de inicio de la lesión (Date of injury onset): \_\_\_\_\_

¿Qué causó inicialmente su dolor? (What caused your initial pain?): \_\_\_\_\_

---

Desde que comenzó, ha cambiado el dolor? (Since it started, has the pain changed?):

**Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

¿Son tus síntomas (Have your symptoms become)...

**Peor** (Worse) \_\_\_\_\_ **Mismo** (the Same) \_\_\_\_\_ **Mejor** (Better) \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia experimenta el dolor? (How often do you experience the pain?)

---

¿Que empeora sus síntomas? (What makes your symptoms worse?):

**Sesion** (Sitting) \_\_\_\_\_ **De pie** (Standing) \_\_\_\_\_  
**Levantamiento** (Lifting) \_\_\_\_\_ **Doblando** (Bending) \_\_\_\_\_

¿Cuánto interfiere su dolor con sus actividades diarias? (How much does your pain interfere with your daily activities?)

**Ninguno**                      **20%**                      **40%**                      **60%**                      **80%**                      **100%**

¿Ha tenido alguna prueba de diagnóstico relacionada con este problema? (Es decir resonancia magnética o rayos x)

(Have you had any diagnostic testing related to this problem such as MRI or X-ray?)

Especifique domoe y cuando (Specify where and when): \_\_\_\_\_

---

¿Ha tenido alguna terapia física en los últimos 12 meses por este o cualquier problema? (Have you had PT in the last 12 months for this or any other problem?)

**Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? (If yes, when and where?): \_\_\_\_\_

---

¿Ha tenido alguna cirugía relacionada? (Have you had any related surgery?)

**Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, cuál fue la pecha? (If yes, what was the date?): \_\_\_\_\_

**Work**

¿Estás trabajando? (Are you currently working?)

**Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuántas horas a la semana? (If yes, how many hours a week?): \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu ocupación? (What is your occupation?): \_\_\_\_\_

Por favor describe lo que haces en tu trabajo. (Please describe what you do at your job.)

---

---

---

**Firma de Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy** \_\_\_\_\_