

Peak Performance Sports & Spine

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE		
Apellido:		Nombre de pila:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguridad Social:	Teléfono móvil:
¿Cómo prefieres recibir recordatorios de citas?	<input type="checkbox"/> Texto al celular	<input type="checkbox"/> Recibir una llamada de voz automatizada en el número principal

Persona de contacto en caso de emergencia	
Apellido:	Nombre de pila:
Relación con el paciente:	Teléfono #:

RECONOCIMIENTO DE Aviso de Privacidad PRÁCTICAS

He sido informado, ya sea por escrito o verbalmente por un miembro del personal, sobre las prácticas del "Aviso de privacidad" (Reglamento HIPAA) de Peak Performance Sports & Spine.

Firma: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE ASISTENCIA

Todas las citas canceladas con menos de 24 horas de aviso y las citas perdidas sin previo aviso. Estará sujeto a una tarifa de \$25.00. He leído, comprendido y acepto esta política.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE POR VIDA SIN MEDICARE, ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN: Por la presente, autorizo el pago directo a mi proveedor de todos los beneficios de seguro que de otro modo me corresponderían por los servicios médicos prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, ya sea que estén permitidos o pagados por mi seguro o no, y de todos los servicios prestados en nombre de mis dependientes. También entiendo que es mi responsabilidad saber cuándo se han alcanzado mis beneficios máximos de seguro y acepto pagar los servicios al precio completo a partir de entonces. Autorizo a mi proveedor a divulgar la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. He leído, comprendido y acepto lo anterior.

Fecha Firma del Garante

SEGURO MÉDICO DEL ESTADO AUTORIZACIÓN DE POR VIDA

Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados de MEDICARE a mi proveedor de atención médica por cualquier servicio que me haya brindado. Acepto ser personalmente responsable de los servicios que se me brinden y que no estén autorizados por MEDICARE. Autorizo a cualquier persona que tenga información médica sobre mí a divulgar a la ADMINISTRACIÓN DE FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA, también conocida como CMS, y a sus agentes cualquier información para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Fecha Firma del Garante

Peak Performance Sports & Spine

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorizo a Peak Performance Sports & Spine a obtener copias de mi historial médico pasado y actual registros médicos de su oficina.

(Marque cualquiera de las siguientes pruebas relacionadas con esta condición/lesión que tuvo)

- Resonancia magnética
- Tomografía computarizada
- radiografía

Valley Imaging

Memorial Hospital

Regional Hospital

Otro: _____

Envíe por fax los registros indicados al 509-453-7330 o envíelos por correo a:
2505 Racquet Ln, Yakima, WA 98902.

Gracias por su pronta respuesta.

A: _____

Acerca de: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Formulario de Admisión de Pacientes

Apellido,
 Nombre de pila (Inicial del segundo nombre)
 Fecha de nacimiento
 Fecha de hoy

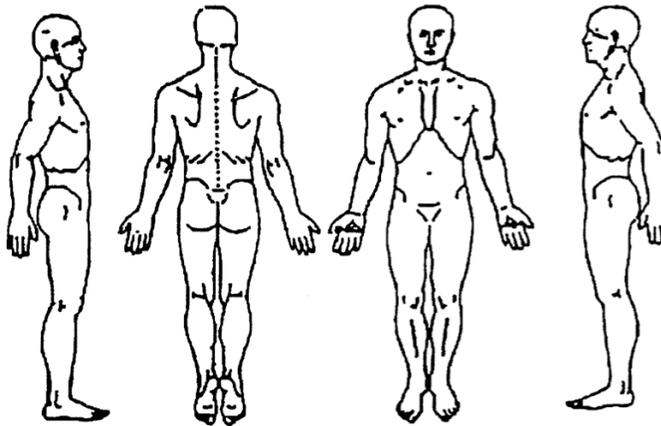
Fecha de la lesión/inicio

Duración de los síntomas

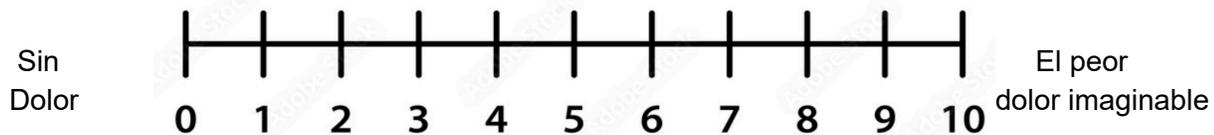
¿Está experimentando dolor actualmente? Sí no

Indique las áreas de dolor en el siguiente diagrama:

- Agudo
- Ardor
- Dolor
- Entumecimiento
- Pulsante



Por favor, marque con un círculo el número que indica su peor nivel de dolor al realizar actividad hoy.



Pruebas diagnósticas relacionadas con la condición actual:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gammagrafía ósea | <input type="checkbox"/> Laboratorios | <input type="checkbox"/> Electromiografía | <input type="checkbox"/> Radiografía |
| <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada | <input type="checkbox"/> Resonancia magnética | <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Otra/o: _____ |

¿Está experimentando alguna de estas condiciones relacionadas con su problema/queja actual? Sí no

En caso afirmativo, especifique:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Bajo cuidado médico |
| <input type="checkbox"/> Dificultad en la función intestinal/vesical | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos/dolor nocturno | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Mareos/desmayos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento en el área genital/anal | <input type="checkbox"/> debilidad inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos | <input type="checkbox"/> ¿Embarazada? _____ | <input type="checkbox"/> cambio de peso inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas con la visión, audición y habla. | <input type="checkbox"/> Otra/o: _____ |

Evaluación de caídas: ¿Ha tenido dos o más caídas en los últimos 12 meses? Sí no
 ¿Ha tenido alguna caída en los últimos 12 meses? Sí no

Alergias: ¿Es alérgica/o / sensible al látex o al adhesivo/a? Sí no
 ¿Tiene usted alguna otra alergia? Sí no
 En caso afirmativo, indique: _____

Indique cualquier cirugía o condición médica previa:

Condición/Cirugía:	Descripción
<input type="checkbox"/> Cáncer	
<input type="checkbox"/> Cardíaca/o	¿Hipertensión? ¿Infarto de miocardio? ¿Insuficiencia cardíaca congestiva?
<input type="checkbox"/> Endocrina/o	¿Diabetes? ¿Condición de la tiroides?
<input type="checkbox"/> Genitourinaria/o	
<input type="checkbox"/> Infección	
<input type="checkbox"/> Neurológica/o	¿Derrame cerebral? ¿Convulsiones? ¿Esclerosis múltiple?
<input type="checkbox"/> Ortopédica/o	¿Osteoporosis?
<input type="checkbox"/> Pulmonar	
<input type="checkbox"/> Reproductiva/o	
<input type="checkbox"/> Dispositivos implantados	¿Marcapasos? ¿Estimulador nervioso? ¿Dispositivo de bombeo?
<input type="checkbox"/> Otra/o	

Entorno del hogar:

- ¿Escaleras interiores con barandilla? ¿Cuántas? _____
 ¿Escaleras interiores sin barandilla? ¿Cuántas? _____
 ¿Escaleras exteriores con barandilla? ¿Cuántas? _____
 ¿Escaleras exteriores sin barandilla? ¿Cuántas? _____

Estado de empleo: Ocupación, si aplica: _____ Horas/Semana: _____

- Tiempo completo
 Tiempo parcial
 Trabajar sin restricciones
 Trabajar en el mismo trabajo con restricciones
 Trabajar en un trabajo diferente con restricciones
 Jubilada/o
 Discapacitado
 Desempleada/o
 No se puede trabajar debido a la condición actual

Historia social: Uso de tabaco: Nunca Anteriormente, pero lo dejé Sí #/día: _____
 Consumo de alcohol: Nunca Anteriormente, pero lo dejé Sí #/día: _____
 Consumo de drogas: Nunca Anteriormente, pero lo dejé Sí específicamente

Al firmar su nombre a continuación, usted acepta que la información proporcionada es verdadera según su leal saber y entender.

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

Solo para uso de oficina	
Form reviewed by (PT initials): _____	Date: _____