

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

FECHA _____ NUEVO _____ ACTUALIZADO

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ S. N. Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Estado Civil: C / S / D / V Sexo: M / F

Dirección Principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de Hogar: _____ T. Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Dirección Secundaria / Norte: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Número de Teléfono: _____

Médico de Cuidado Primario: _____ Número de Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Auto Referido: S / N Litigación: S/N con Quién? _____

Abogado: S/N con quién? _____

Relacionado a Comp. Laboral : S / N Litigación: S/N con quién? _____

Abogado: S/N con quién? _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Médico que lo Refiere / Fuente: _____ Médico de Cuidado Primario: _____

Evalúe Su Dolor:

¿De dónde es su dolor y hacia dónde va? _____

¿Cuándo empezó? _____

Intensidad – en la escala del 1 al 10, 1 siendo el más bajo y 10 siendo el más alto, por favor califique su dolor a continuación.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En el diagrama a la derecha, por favor indique dónde está ubicado su dolor.

Por favor describa su dolor (marque todos los que apliquen):

FUERTE TENUE QUEMA DUELE PALPITANTE OTRO _____

CONSTANTE INTERMITENTE

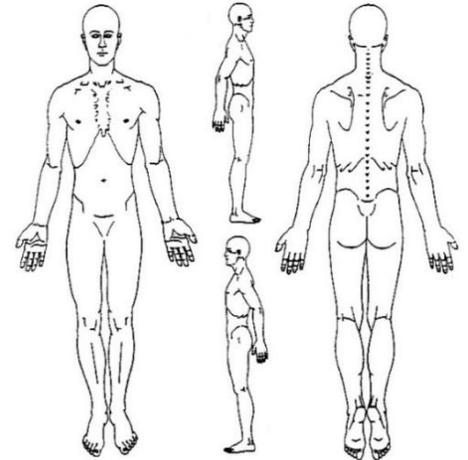
Yo tengo: sensación de agujas pérdida de sensación debilidad muscular

¿Ha experimentado cambios de la vejiga o intestinales? Si No

¿El dolor afecta su sueño? Si No

Anote las actividades que aumentan su dolor:

Anote todas las actividades que reducen su dolor: _____



Historial Médico:

Por favor anote **todos los medicamentos actuales y dosis** que está tomando actualmente:

Por favor anote **todas las alergias a los medicamentos u otras alergias** que usted tenga:

Farmacia: _____ Número de Teléfono: _____

Por favor anote **todos los problemas médicos o de salud** que usted **tiene ahora o ha tenido en el pasado:**

Por favor anote **todas las cirugías** que usted haya tenido, dando fechas y el procedimiento:

Historial Familiar/Social:

Por favor marque **cualquier problema médico** que corre en su familia:

CARDIACO ENF. PULMONAR ENF. HEPÁTICA ENF. RENAL TRASTORNOS GI DIABETES DERRAME

Por favor describa su **situación familiar presente:** SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO

¿Toma usted **alcohol**? Si No Si es sí, ¿qué tan frecuente? _____

¿Usted **fuma**? Si No Si es sí, ¿por cuánto? _____

¿Usted usa **sustancias ilegales**? Si No Si es sí, ¿qué? _____

¿Usted está **actualmente empleado**? Si No Ocupación: _____

Revisión de Sistemas

1. Síntomas Constitucionales

- a. Fiebre Si No
- b. Escalofríos Si No
- c. Dolor de Cabeza Si No
- d. Otro _____ Si No

2. Ojos

- a. Visión Borrosa Si No
- b. Visión Doble Si No
- c. Dolor Si No
- d. Otro _____ Si No

3. Alérgico / Inmunológico

- a. Fiebre del heno Si No
- b. Alergias a Medicamentos Si No
- c. Otro _____ Si No

4. Neurológico

- a. Temblores Si No
- b. Mareos Si No
- c. Entumecimiento / Cosquilleo Si No
- d. Otro _____ Si No

5. Endocrino

- a. Sed excesiva Si No
- b. Muy caliente / frío Si No
- c. Cansado/Perezoso Si No
- d. Otro _____ Si No

6. Gastrointestinal

- a. Dolor abdominal Si No
- b. Náusea/Vómito Si No
- c. GERD/Acidez Si No
- d. Otro _____ Si No

7. Tegumentario

- a. Sarpullido de la piel Si No
- b. Furúnculos Si No
- c. Comezón persistente Si No
- d. Otro _____ Si No

8. Musculoesquelético

- a. Dolor en las articulaciones Si No
- b. Dolor en el cuello Si No
- c. Dolor en la espalda Si No
- d. Otro _____ Si No

9. Oído/Nariz/Garganta/Boca

- a. Infección en el oído Si No
- b. Dolor de garganta Si No
- c. Problemas de sinusitis Si No
- d. Otro _____ Si No

10. Genitourinario

- a. Retención urinaria Si No
- b. Micción dolorosa Si No
- c. Frecuencia urinaria Si No
- d. Otro _____ Si No

11. Respiratorio

- a. Sibilancias Si No
- b. Tos frecuente Si No
- c. Dificultad para respirar Si No
- d. Otro _____ Si No

12. Hematológico/Linfático

- a. Glándulas inflamadas Si No
- b. Prob. Con la coagulación Si No
- c. Cansado/Perezoso Si No
- d. Otro _____ Si No

13. Psicológico

- a. Depresión Si No
- b. Pensamientos suicidas Si No
- c. Insatisfecho con la vida Si No
- d. Otro _____ Si No

Nota al paciente: Se le aconseja a usted a darle seguimiento con su médico de cuidado primario para cualquier problema médico al cual haya respondido que sí.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

AVISO HIPAA DE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La Ley de Responsabilidad Y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) requiere que le brindemos a usted nuestro aviso de Prácticas de Privacidad las cuales explican nuestras prácticas de privacidad y cómo podemos usar legalmente y divulgar su Información de Salud Protegida (PHI). Para proteger su privacidad y confidencialidad, le pedimos que autorice cuando y a quién se puede divulgar la información de salud protegida.

- | | | |
|--|----|----|
| ¿PODEMOS HABLARLE A USTED POR TELÉFONO, POR CORREO O ENVIARLE UN TEXTO PARA CONFIRMAR SU CITA? | SI | NO |
| ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO AL TELÉFONO DE SU CASA O CELULAR? | SI | NO |
| ¿TENEMOS SU PERMISO DE HABLAR A LOS MIEMBROS FAMILIARES U OTROS INDIVIDUOS? | SI | NO |

SI ES SÍ, POR FAVOR BRINDE LOS NOMBRES, NÚMEROS DE TELÉFONO Y RELACIÓN CON USTED:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ PARENTESCO: _____
 NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ PARENTESCO: _____
 NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ PARENTESCO: _____

Al firmar este formulario, yo reconozco que he recibido una copia de las Prácticas de Avisos de Privacidad de Regional Rehab Associates, PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Una copia de este contenido será incluido en mi cuadro para referencias futuras.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____



MEDICAL RECORDS RELEASE
LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Patient Name/Nombre del Paciente: _____
Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Reason for Request/Razón para la Solicitud: _____

Records Requested/
Registros Solicitados: _____ Todos los Registros
_____ Reportes Operativos
_____ Fechas específicas del servicio
_____ Resonancia Magnética / Rayos X / Tomografía Computarizada

Release Records to/Liberar los Registros a:

_____ REGIONAL REHAB ASSOCIATES PA, dba JAFFE SPORTS MEDICINE- PLEASE MAIL TO THE ABOVE ADDRESS OR FAX TO 855-959-1692 / REGIONAL REHAB ASSOCIATES PA, hacienda negocios como JAFFE SPORTS MEDICINE- POR FAVOR ENVÍE POR CORREO A LA DIRECCIÓN ANTERIOR O FAX AL 855-959-1692

_____ OTHER (PLEASE PROVIDE NAME, ADDRESS, PHONE, AND FAX)
/ OTRO (POR FAVOR BRINDAR NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y FAX)

_____ PATIENT () MAIL () PICK UP / PACIENTE () CORREO () RECOLECCIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Medicare Parte B

Regional Rehab Associates, PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine es un proveedor de Medicare Parte B. Aceptaremos la asignación en todas las reclamaciones de la Parte B de Medicare. Al aceptar la asignación, acordamos ajustar sus cargos para reflejar la cantidad aprobada por Medicare. Sin embargo, Medicare solo paga el 80% de la cantidad aprobada y el 20% restante es su responsabilidad. Si tiene un seguro complementario, le facturaremos a su seguro complementario el 20% del saldo. Si queda algo después de Medicare y el pago del seguro complementario, es responsabilidad del paciente.

Redes de Seguro de Salud Privado y Cuidado Administrado

Como cortesía a usted, nosotros le presentaremos los reclamos a su compañía de seguros. Sin embargo, comprenda que su seguro refleja un contrato entre usted y la compañía de seguros, no Regional Rehab Associates, PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine. Usted, como paciente, es el responsable final de su factura. Se espera que los pacientes sin seguro médico paguen en el momento del servicio o hagan arreglos de pago con la oficina de facturación. También podemos cobrar en el momento del servicio, cualquier tarifa que le pague directamente la compañía de seguros, así como cualquier copago, montos de coseguro y/o deducibles.

Pacientes de auto pago o pacientes sin seguro de salud – Se espera que usted pague por completo y por adelantado al momento del servicio o hacer acuerdos de pago a con la oficina de facturación.

Compensación de Trabajadores – Los pacientes brindarán la información de contacto de compensación de trabajadores con autorización previa a los servicios a ser prestados.

Responsabilidad de Vehículo Motor / Terceros – Los pacientes son financieramente responsables de los servicios médicos relacionados con accidentes automovilísticos. Los pacientes deben proporcionar información sobre seguros de automóvil, terceros y/o abogados según lo solicite Regional Rehab Associates, PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine.

Servicios no cubiertos

No todos los servicios son cubiertos por todos los planes de seguro de salud. **Los servicios no cubiertos o considerados pagaderos por la Compañía de Seguros se convierten en responsabilidad de los pacientes y deben ser pagados al momento de la visita.**

Cambios de Cobertura – Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios.

No Pago – Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente. Si su cuenta está atrasada, recibirá una carta que indica que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que si queda un saldo sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranza.

Política de Cancelación o Cita Perdida

Nuestro objetivo es brindar atención médica individualizada de calidad de manera oportuna. Las "ausencias" y las cancelaciones tardías incomodan a las personas que necesitan acceso a la atención médica de manera oportuna. Esta política nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan de cuidado médica.

Hay una tarifa de cancelación de \$50 por procedimientos, consultas y terapia física perdida. La tarifa será renunciada si se reprograman y se atienden en la misma semana laboral cualquier cita cancelada, perdida o ausente.

Cancelación de una Cita - Para respetar las necesidades médicas de otros pacientes, llame de inmediato a Jaffe Sports Medicine si no puede presentarse a una cita. Este tiempo se reasignará a alguien que necesite tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, requerimos que llame con al menos 24 horas de anticipación. Si no proporciona un aviso de cancelación o reprogramación con 24 horas de anticipación y no se atiende dentro de la semana, se cobrará una **tarifa de cancelación de \$50**. Las citas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención médica oportuna. Para cancelar citas, llame a la oficina. Si no se comunica con la recepcionista, puede dejar un mensaje detallado en el correo de voz. Si desea reprogramar su cita, deje su número de teléfono.

Ausencia – Si falla en estar presente en el momento de una cita programada, se registrará en su registro médico como una "no presentación". Una cita perdida da como resultado una **tarifa de cita perdida de \$50**.

Yo he leído y entiendo completamente esta información y estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por el saldo impago de las cuentas en caso de que la siguiente autorización sea insuficiente para liquidar la cuenta.

Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en nombre de Regional Rehab Associates, PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine and Rehabilitation, por cualquier servicio prestado.

A través de la presente yo asigno y transfiero cualquier beneficio de seguro que se me deba por los servicios profesionales que he recibido, a Regional Rehab Associates, PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine and Rehabilitation.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones de seguros.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____



CONSENTIMIENTO PARA PROPÓSITO DE TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD

Consentimiento General:

Este consentimiento nos brinda su permiso de realizar exámenes médicos razonables y necesarios, realizar exámenes y tratamiento. El consentimiento permanecerá efectivo por completo hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho de discontinuar los servicios en cualquier momento. Yo certifico que mi Historial Médico está completo y preciso según lo mejor de mi conocimiento. Yo doy mi consentimiento para el examen, la evaluación, las pruebas y el tratamiento médicos razonables y necesarios que pueden incluir procedimientos de diagnóstico, radiología y de laboratorio. Si se recomienda un tratamiento de intervención invasivo, se me informará de los beneficios y riesgos antes de realizar dicho tratamiento y se me proporcionará un formulario de consentimiento por separado que describa dichos beneficios y riesgos.

Información de Salud Protegida

Se me ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad para Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine. Entiendo que tengo el derecho a revisar el Aviso de Privacidad para Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad para Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis facturas o el desempeño de las operaciones de Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine. Un resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad para Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine también está publicado en la sala de espera. Este Aviso de Prácticas de Privacidad para Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine también describe mis derechos y los deberes de Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine con respecto a mi información de salud protegida. Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Privacidad para Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine. Puedo obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado para Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine al contactarse con la oficina en 1865 Veterans Park Drive, Suite 101, Naples FL 34109 llamando al (239) 254-7778.

Liberación de Información:

Yo autorizo específicamente los usos y divulgaciones de mi información de salud como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad que se me proporcionaron. Autorizo a Regional Rehab Associates PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine y/o al personal a obtener mi historial de medicamentos y otra información de cuidado de salud relevante, verbalmente, por escrito o eléctricamente, que se considere necesaria para mi tratamiento. Doy mi consentimiento para divulgar mi información médica a planes de salud federales o estatales, compañías de seguros, agencias de cobranza, empleadores u otra organización responsable del pago de los servicios, según corresponda. Yo entiendo que esto puede incluir información relacionada con mi diagnóstico, atención, pago por mi atención o información demográfica.

Regional Rehab Associates, PA haciendo negocios como Jaffe Sports Medicine and Rehabilitation se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que están descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Al firmar a continuación, yo estoy de acuerdo a los consentimientos y liberaciones descritos en este formulario. Yo he leído este consentimiento y he sido capaz de hacer preguntas

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

Formulario de Consentimiento de Medios del Paciente

Yo, _____, otorgo permiso a Jaffe Sports Medicine de aquí en adelante conocido como los “Medios” a usar mi imagen (fotografías, video y testimonios) para uso en la publicación en los Medios incluyendo:

(Marque a Todos los Que Apliquen)

- Videos Correos Electrónicos Folletos de Reclutamiento Boletines Revistas
 Publicaciones Generales Sitio Web y/o Afiliados Medios Sociales

Por la presente, renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar las fotografías terminadas o el material electrónico que pueda usarse junto con ellos ahora o en el futuro, ya sea que conozca o desconozca ese uso, y renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación que surja de o en relación con el uso de la imagen.

Escriba sus iniciales en el párrafo siguiente que sea aplicable a su situación actual:

___ - Yo tengo 20 años de edad o mayor y soy competente para obligar mi propio nombre. Yo he leído esta liberación antes de firmar a continuación y yo entiendo completamente sus contenidos, significados e impacto de esta liberación. Yo entiendo que tengo la libertad de dirigir cualquier pregunta específica en relación a la liberación al presentar esas preguntas por escrito antes de firmar y estoy de acuerdo que el que falle en hacerlo será interpretado como estar en la completa libertad y tener el conocimiento de aceptar los términos de esta liberación.

___ - Yo soy un padre o guardián legal del niño nombrado a continuación. Yo he leído esta liberación antes de firmar a continuación, y yo entiendo completamente sus contenidos, significado e impacto de esta liberación. Yo entiendo que tengo la libertad de dirigir cualquier pregunta específica en relación a la liberación al presentar esas preguntas por escrito antes de firmar y estoy de acuerdo que el que falle en hacerlo será interpretado como estar en la completa libertad y tener el conocimiento de aceptar los términos de esta liberación.

NOMBRE DEL PACIENTE IMPRESO: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN LEGAL: _____
(Si es menor a los 20 años)