Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

143 John Street, Salinas, CA 93901 ♦ Phone: (831) 422-4782 Fax: (831) 422-4784
2260 N. Fremont Street, Monterey, CA 93940 ♦ Phone: (831) 372-4782 Fax: (831) 372-4784

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre de Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad	Sexo:	# de Seguro Social:
Estado de Empleo: Empleado _____ Desempleado _____ Retirado _____ Estudiante _____			Edtado Marital: Soltero _____ Casado _____ Otro _____	
Domicilio:	Ciudad, Estado, Codigo Postal:		Correo Electronico:	
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:		Teléfono de Celular:	
Empleador:		Medico que lo Refirió:		

En Caso de Emergincia a Quien Contactamos:	Relación:	Teléfono de Casa:
Domicilio:	Ciudad, Estado, Codigo Postal	Teléfono de Trabajo/Celular:

Persona Responsable:	Relación:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo:	Empleador:	

POLITICA DE CANCELACIÓN/POLITICA DE NO MOSTRAR

En Balance Physical Therapy, estamos orgullosos del cuidado de calidad proporcionando un nivel de servicio que excede sus expectativas. Con el fin de ahacerlo, solicitamos que usted nos notifique 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar sus tiempos de su citas. Todas las citas no mantenidas sin aviso de por lo menos 24 horas son sujetas a una tarifa de $25.00. Paciente que no se presenta a su sita son sujetas a una tarifa de $50. Gracias por su comprensión y su compromiso para su recuperación.

Yo, el abajo firmante, acepto la responsabilidad de mis citas programadas, y entiendo que se me cobra $25.00 para las citas que se han cancelado o no mantenerse sin un 24 horas de antelación o $50 si no se presenta a su sita.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

(Firma de Guardián si el Paciente es Menor de Edad)

POLÍTICA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para el tratamiento de terapia fisica

La información anterior es correcta, a lo mejor de mi conocimiento. Al firmar abajo, estoy de acuerdo en ser tratada/tradado por el personal de Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc., como prescrito por mi médico y recomendado por me fisioterapueta. Si me enfermo mientras que reciben tratamiento en Balance Physica Therapy le doy permiso al personal para administrar tratamientos que consideren necesarios para mi bienestar. Autorizo la liberación de información médica a mi compañia de seguros necesarios para procesar las reclamaciones por los servicios prestados por Balance Physical Therapy. Autorizo el pago de beneficios médicos directamente a Balance Physical Therapy. Entiendo que soy responsable financieramente a Balance Physical Therapy por todos los saldos no pagados.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

(Firma de Guardián si el Paciente es Menor de Edad)

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre:	Edad:	Preocupación actual ó problema:	Inicio del Problema:

I). HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

CÁNCER Si _____ No _____	Tipo(s), incluya fecha del diagnostico:

INFECCIÓN:	Si	No	CARDIOVASCULAR:	Si	No
Infecciones crónicas urinarias/infección del riñón			Enfermedades del corazón		
Pulmonía			Coágulos de sangre en el brazo o pierna		
Infección de huesos			Arterias bloqueadas en las piernas		
Condiciones virales			Presión alta		
Otras Infección			Embolia		
			Marcapasos en el corazón		

CONDICIONES MEDICAS	Si	No	CONDICIONES MEDICAS	Si	No
Desordenes reumatológicos			Arthritis		
Enfermedades del pulmón			Osteoporosis		
Enfermedades del riñón			Mareos ó Caídas		
Enfermedades Gastrointestinales			Depresión		
Problemas Neurológicos			Inconsistencia en la vejiga o excremento		
Enfermedades Sangre/Anemia			Dolor de Cabeza (mas de una cada semana)		
Condición del tiroides			Dificultad de Visión ó auditaría		
Gota			Alergias		
Diabetes			Condiciones ginecólogas		
Enfermedades Dermatológicas			Otras enfermedades:		

FAVOR DE APUNTAR TODOS SUS MEDICAMENTOS INCLUYENDO LA FRECUENCIA Y DOSIS: (recetada y no recetada)					
Nombre de medicamentos	Frecuencia	Dosis	Nombre de medicamentos	Frecuencia	Dosis

OPERACIONES O/Y HOSPITALIZACIONES			OTRAS CONDICIONES RECIENTES	Si	No
	Fecha:		Perdida de peso repentina y no planeada		
	Fecha:		Dolor nocturno inexplicable		
	Fecha:		Fiebres o sudores en la noche		
	Fecha:		Nausea / Vomito		
	Fecha:		Debilidad ó cansancio inexplicable		
	Fecha:		Esta usted embarazada? (solo para Mujeres)		

HABITOS RELACIONADOS CON LA SALUD						
	Si	No	Cuantas veses/frecuencia?		Si	No
Fumar				Sinsibilidad al hielo		
Cafeína				Sensibilidad al calor		
Bebidas Alcohólicas						

Experiencia anterior con terapia física? Si _____ No _____

Donde y porque? _____

Afirmo que la información dada es correcta verdadera:

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Guardián si el paciente es menor de edad

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

143 John Street, Salinas, CA 93901 ♦ Phone: (831) 422-4782 Fax: (831) 422-4784
2260 N. Fremont Street, Monterey, CA 93940 ♦ Phone: (831) 372-4782 Fax: (831) 372-4784

PERMISO PARA OBTENER EXPEDIENTES MÉDICOS

Emprima

Nombre del Paciente:	Inicial:	Apellido:	Fecha de naciemiento:

_____ Si, yo doy autoriación a Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc para obtener los expedientes médicos que relacionados con mi condición actual.

_____ No, yo o doy autorización a Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc para obtener los expedientes médicos que estén relacionados con mi condición acutal.

Yo, el firmador, doy autoriación a _____ para soltar copias de los siguientes expedientes a Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

_____ Visitas de Oficina Date: _____

_____ Reportes de Cirugía Date: _____

_____ Reportes Radiológicos

- _____ Rayos X Date: _____
- _____ Imagen de Resonancia Magnética Date: _____
- _____ CT Date: _____
- _____ Escaneo de Huesos Date: _____

_____ Otro Date: _____

_____
(Por favor especifique)

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____
(Firmad del Guardián si el paciente es mendor de edad)

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

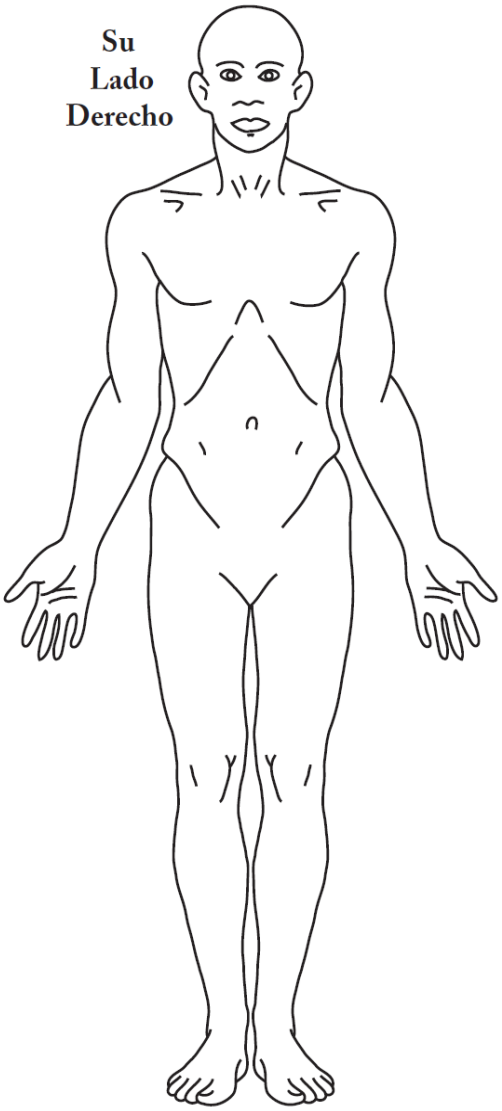
Diagrama de la Escala de dolor

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

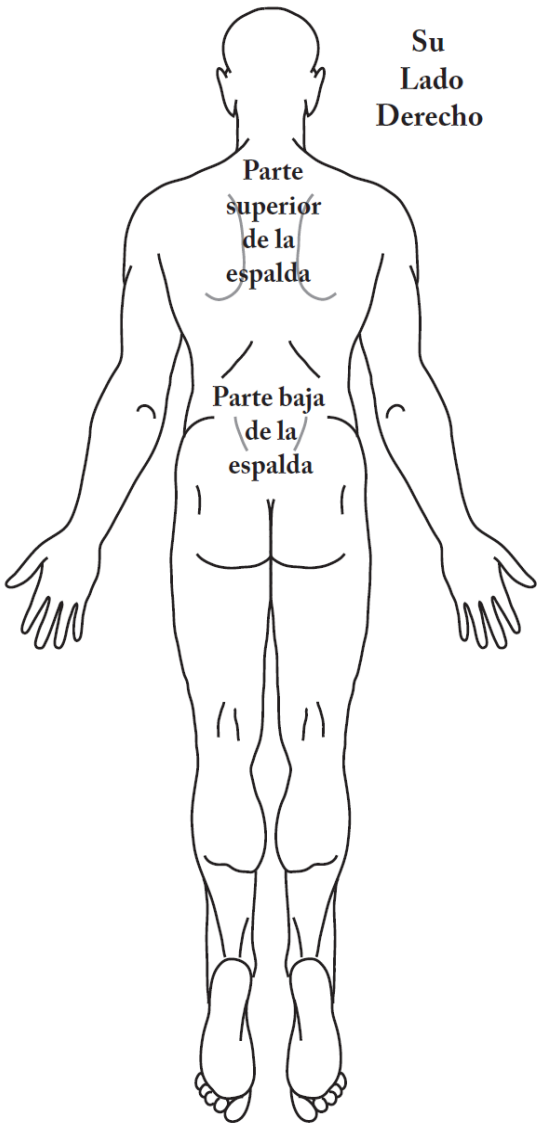
Por favor califique su dolor en una escala de cero a diez. Cero es sin dolor, diez es el peor dolor imaginable. Poner una "X" en la caja de abajo el número que describe mejor su nivel de dolor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor, marque la ubicación de su dolor en el cuerpo gráfico que aparece a continuación



Frente



Atras

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

143 John Street, Salinas, CA 93901 ♦ Phone: (831) 422-4782 Fax: (831)422-4784
2260 N. Fremont Street, Monterey, CA 93940 ♦ Phone: (831) 372-4782 Fax: (831) 372-4784

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS PRIVADAS

He leído y entendido completamente el Aviso de Practicas Privadas de Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. Entiendo que Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc., puede utilizar o puede revelar mi información médica personal para los propósitos de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de servicios proporcionados y alguna operación administrativa relacionada al tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho para restringir cómo mi información médica es usada y revelada para el tratamiento, pago y operaciones administrativas si notifico a la oficina. Entiendo también que Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc., considerará las peticiones para la restricción en base a cada caso, pero no tiene que aceptar las restricciones pedidas.

Por ahora doy permiso al uso y revelación de mi información médica personal para propósitos especificados en el Aviso de Practicas Privadas de Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento notificando por escrito en cualquier momento a la oficina.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimento: _____
(Por Favor Imprima)

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
(Firma del guardián si el paciente es menor de edad)

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.

AVISO DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como la información medica sobre usted puede ser usada o como usted puede tener acceso a esta información. Favor de revisar con cuidado.

DEBER LEGAL DE BALANCE PHYSICAL THERAPY

Por ley Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. tiene la obligación de proteger su información medica, proveer esta notificación sobre nuestras practicas y adherir a la información de practicas que se describen aquí.

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. utilizara su información medica principalmente para su tratamiento; obtener pago por el tratamiento, para conducir actividades administrativas internas, y para evaluar la calidad del cuidado que proveemos. Por ejemplo, podríamos usar su información medica para recordarle de sus citas, o para informarle sobre otros tratamientos de salud que le puedan interesar y beneficiar.

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. también podría utilizar o revelar su información medica sin autorización para urgencias, para investigaciones medicas, propósito de auditorias y para propósitos públicos de estadística medica. También proveemos la información cuando la ley lo requiere. En cualquier otra situación nuestra regla es primero obtener su autorización por escrito antes de revelar su información medica. Si nos da una autorización por escrito para revelar cualquier información, usted podrá revocar la autorización para no revelar cualquier información en el futuro.

Balance Physical & Human Performance Center, Inc. puede cambiar sus reglas en cualquier momento. Cuando se hagan cambios, un nuevo aviso de privacidad será puesto en la sala de espera y una copia se le dará a usted en su siguiente visita. Usted también puede solicitar una copia de nuestro aviso de privacidad en cualquier momento.

DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de revisar ó obtener una copia ó su información medica personal en cualquier momento. Si usted solicita copias podríamos cargarle un honorario. Usted puede comunicarse con nosotros usando la información dada al final de este aviso. Para una explicación completa de nuestros honorarios. Usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos cualquier error ó información incompleta en sus expedientes. También tiene el derecho de solicitar una lista de ocasiones por las que hemos revelado su información medica por razones no relacionadas al tratamiento, pago ó otras actividades administrativas. También puede pedir por escrito que no utilicemos o demos su información medica para tratamiento, pago y actividades administrativas con la excepción de cualquier circunstancia de urgencia ó cuando la líelo requiere. Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc. tendremos en consideración todas sus peticiones en base a cada caso, pero las reglas no requieren que lo aceptemos legalmente.

DUDAS Y QUEJAS

Si usted tiene dudas de que hayamos violado su derecho de privacidad o si no esta de acuerdo con cualquier decisión que tomamos en relación con el uso o revelación de su información medica, por favor comuníquese con nuestro gerente a la dirección dada abajo. También puede mandar una queja por escrito al Departamento de Salud y Recursos Humanos de US a la dirección dada abajo.

Balance Physical Therapy & Human Performance Center, Inc.
Attn: Jessica Murillo, Gerente de Reglas
143 John Street
Salinas, CA 93901
www.info@balancept.com
Pone: (831) 422-4782 Fax: (831) 422-4784

Departamento de Salud y Recursos Humanos de US
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, DC 20201
www.os.dhhs.gov

*****Por Favor mantenga esta copia para sus expedientes*****

Nombere del paciente: _____ Fecha: _____

QUICK DASH

Evalúe su capacidad para realizar las siguientes actividades en la última semana rodeando el número debajo de la respuesta adecuada.

		Ninguna Dificultad 1	Una leve Dificultad 2	Dificultad Moderada 3	Dificultad Severamente 4	No se Puede hacer 5
1	Abra estrecho o un nuevo jar	☐	☐	☐	☐	☐
2	Pesadas tareas domésticas, es decir, lavar las paredes, los pisos	☐	☐	☐	☐	☐
3	Llevar una bolsa de compras o maletín	☐	☐	☐	☐	☐
4	Lave la espalda	☐	☐	☐	☐	☐
5	Utilice un cuchillo para cortar la comida	☐	☐	☐	☐	☐
6	Las actividades recreativas en las que usted toma alguna fuerza o impacto a través de su brazo, hombro o en las mano, es decir, martillando, tenis, etc…..	☐	☐	☐	☐	☐

		No en todos los 1	Ligeramente 2	Moderadamente 3	Un Poco 4	Extremadamente 5
7	Durante las semana pasada, ¿en qué medida tiene el brazo, el hombro o la mano problema interfiere con sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Durante la semana pasada, se ha limitado en su trabajo u otras actividades regulares diariamente como consecuencia de su brazo, el hombro o la mano problema?	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor califique la gravedad delos sintomas siguientes en la última semana (circulo número)

		Ninguno 1	Leve 2	Moderado 3	Grave 4	Extreme 5
9	El brazo, el hombro o dolor en la mano	☐	☐	☐	☐	☐
10	Hormigueo (alfileres y agujas) en el brazo, el homb el hombro o la mano	☐	☐	☐	☐	☐

		Ninguna Dificultad 1	Una leve Dificultad 2	Dificultad Moderada 3	Dificultad Severamente 4	Tanto le impide dormir 5
11	Durante la semana pasada, cuánto has tenido dificultad para dormir a causa del dolor en el brazo, el hombro o la mano (círculo)?	☐	☐	☐	☐	☐

Desde el inicio de la terapia mi condición ha mejorado (0-100 %)

_____ %

Durante las ultimas 24 horas, mi máximo dolor clasificación:

_____ (escala de dolor de 0 siendo el mínimo y 10 siendo el peor)

Una Puntuación DASH rápido no puede calcularse si hay mas de 1 elemento faltante.

BALANCE PHYSICAL THERAPY AND HUMAN PERFORMANCE CENTER, INC

Patient's Score