

# Formulario de información del paciente

Patient Information Form



Initial Call Date: \_\_\_\_\_

Previous Patient:  No  Yes, When \_\_\_\_\_

Appointment Date: \_\_\_\_\_

Appointment Time: \_\_\_\_\_

Therapist: \_\_\_\_\_

## PATIENT INFORMATION

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Nombre al que desea ser llamado o apodo
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Estatuto del estudiante <input type="checkbox"/> No es un estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Preferencia de idioma <input type="checkbox"/> Ingl <input type="checkbox"/> Español Haremos todo lo posible para acomodar su solicitud
Estado civil <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	Nombre del empleador		
	Dirección del empleador		

En el caso de un menor, ¿cuáles son los nombres de los padres/tutores legales:

Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_ Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección del hogar:	Ciudad	Estado	Código Postal
Otra dirección: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Postal <input type="checkbox"/> Otro, _____	Ciudad	Estado	Código Postal

Número de teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro	¿Podemos dejar un mensaje en su grabadora/correo de voz? <input type="checkbox"/> Mensaje detallado <input type="checkbox"/> Sin mensaje	Número de teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro	¿Podemos dejar un mensaje en su grabadora/correo de voz? <input type="checkbox"/> Mensaje detallado <input type="checkbox"/> Sin mensaje
Nombre de contacto de emergencia: <input type="checkbox"/> Disminuir	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otro	Número de teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro	¿Podemos dejar un mensaje en su grabadora/correo de voz? <input type="checkbox"/> Mensaje detallado <input type="checkbox"/> Sin mensaje

¿Para mejorar nuestra comunicación con usted, ¿podemos tener su correo electrónico?  
 Disminuir

¿Le gustaría recibir recordatorios de citas a través de?  
 Correo  Texto  Disminuir

## INFORMACIÓN DEL CASO Uso de la oficina solamente

<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Not Applicable <b>Body Part:</b>	Cause of Injury <input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Auto Accident/Third Party Liability <input type="checkbox"/> None of the above			
Referring Physician	Date of Prescription	Date of Injury	State Injury Occurred	Surgery Date:
Return Visit to Physician	Number of Visits Specified on Prescription			

Why did you choose PEAK Sport and Spine?

Prior Patient  Doctor Referred Me  Our Website  Family/Friend Recommended PEAK  Other, \_\_\_\_\_

Intake completed by: Date:	Reviewed/Entered by: Date:	Paciente, por favor firme aquí si la información anterior es completa y correcta: X _____ Fecha: _____
-------------------------------	-------------------------------	---



# Resumen de Elegibilidad/Beneficios

Eligibility/Benefits Summary

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
----------------------	-----------------------------------

Como cortesía para usted, nuestro paciente, obtuvimos la siguiente información de beneficios / elegibilidad de su compañía de seguros. **ES MUY IMPORTANTE TENER EN CUENTA** que esto no es una garantía de beneficios y la información de beneficios / elegibilidad puede cambiar cuando su proveedor de seguros procesa nuestros reclamos. Le recomendamos encarecidamente que verifique estos beneficios consultando con su proveedor de seguros y haciéndoles saber que estaremos facturando con la siguiente información: **Proveedor: Central Missouri Physical Therapy, LLC, dba PEAK Sport and Spine Tax ID #: 90-0180929 NPI #: 1558436592 Place of Service Code:**

11

SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> Secundaria No	
Relación del Suscriptor con el Paciente <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro		Relación del Suscriptor con el Paciente <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre del suscriptor si es diferente del paciente:		Nombre del suscriptor si es diferente del paciente:	
Fecha de nacimiento del suscriptor si es diferente del paciente:		Fecha de nacimiento del suscriptor si es diferente del paciente:	
Dirección del suscriptor si es diferente del paciente:		Dirección del suscriptor si es diferente del paciente:	
Nombre del proveedor de seguros:		Nombre del proveedor de seguros:	
ID de miembro/Política #:	Grupo #	ID de miembro/Política #:	Grupo #
Dirección del apartado postal de las reclamaciones:	Número de teléfono del seguro:	Dirección del apartado postal de las reclamaciones:	Número de teléfono del seguro:

Firma del paciente/padre/tutor: X \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Revised 1/1/2020



Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
----------------------	-----------------------------------

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

PEAK Sport and Spine agradece que nos elija para ser su socio en su rehabilitación. Las terapias físicas y de manos pueden conllevar una responsabilidad financiera de su parte. Esta responsabilidad le obliga a garantizar el pago total de sus tarifas. Como cortesía, verificaremos su cobertura y facturaremos a su compañía de seguros en su nombre. Sin embargo, usted es el último responsable del pago de su factura.

Usted es responsable del pago de cualquier copago al momento del servicio y al recibir una declaración de cualquier deducible / coseguro según lo determine su contrato con su compañía de seguros. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su aseguradora. Si su compañía de seguros niega cualquier parte de su reclamo, o si usted y su médico eligen continuar la terapia después de su período aprobado, usted será responsable del saldo de su cuenta en su totalidad.

Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito. El pago se espera antes de la fecha de vencimiento del pago en su Declaración del Paciente. Los pagos se pueden hacer en la instalación a la que asistió, enviar por correo a la dirección que aparece en su estado de cuenta, por teléfono en nuestra Oficina Central de Facturación al 573-449-6082 o en línea en [www.peakssportspine.com](http://www.peakssportspine.com).

**DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL**

Autorizo a Central Missouri Physical Therapy, LLC dba PEAK Sport and Spine a divulgar mi información de salud que esté directamente relacionada con mi tratamiento actual en Central Missouri Physical Therapy, LLC dba PEAK Sport and Spine a las personas que se enumeran a continuación para fines de su papel en mi tratamiento o pago por los servicios de salud que he recibido.

_____	_____
Nombre de la persona en letra de imprenta	Relación
_____	_____
Nombre de la persona en letra de imprenta	Relación

NO LIBERAR A NADIE

**ATESTACIONES**

**Responsabilidad financiera:**

Al firmar a continuación, doy fe de que entiendo que cualquier saldo que quede sin pagar al final del período de amortización puede ser referido a una agencia de cobro y puede ser reportado a la oficina de crédito como una deuda no pagada. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo adicional relacionado con el costo de cobro (incluyendo, pero no limitado a, honorarios de agencia de cobro, honorarios razonables de abogado y costos judiciales). En el caso de un cheque devuelto, puede haber un cargo adicional de \$ 35.00 por cheque devuelto a mi cuenta.

He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera con Central Missouri Physical Therapy, LLC dba PEAK Sport and Spine por proporcionar servicios de rehabilitación al paciente mencionado anteriormente o a mí. Certifico que la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, verdadera y precisa. Autorizo a mi aseguradora a pagar cualquier beneficio directamente a Central Missouri Physical Therapy, LLC dba PEAK Sport and Spine. Acepto pagarle a Central Missouri Physical Therapy, LLC dba PEAK Sport and Spine el monto total y total de todas las facturas incurridas por mí o por el paciente mencionado anteriormente, si corresponde, cualquier monto adeudado después de que mi compañía de seguros haya realizado el pago.

**Aviso de privacidad:**

Yo, el abajo firmante, por la presente reconozco que he recibido o he sido informado del Aviso de Prácticas de Privacidad de Central Missouri Physical Therapy, LLC, dba PEAK Sport and Spine. Este reconocimiento es requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) para asegurar que se me ha informado de mis derechos de privacidad.

**Consent of Treatment and Authorization to Release Information**

Por la presente autorizo a Central Missouri Physical Therapy, LLC dba PEAK Sport and Spine a través de su personal apropiado, a proporcionarme atención médica y tratamiento, o al paciente mencionado anteriormente, que se considere necesario y adecuado para diagnosticar o tratar mi condición física.

Además, autorizo a Central Missouri Physical Therapy, LLC dba PEAK Sport and Spine a liberar a las agencias apropiadas, cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento del paciente o del mencionado anteriormente necesario para asegurar el pago por los servicios prestados.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Tenga en cuenta que la información incluida en este formulario de Declaración de Responsabilidad Financiera está sujeta a cualquier ley, normas o regulaciones estatales aplicables que afecten su responsabilidad financiera y si hay una cantidad adeudada

PEAK Deportes y columna vertebral Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Cancellation/No Show Policy

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PEAK Sport and Spine hace posible cada alojamiento en la programación de nuestros pacientes. Nos damos cuenta de que surgen emergencias obligando a los pacientes a cancelar su cita. Pedimos a nuestros pacientes que nos avisen con 24 horas de cancelar una cita siempre que sea posible para que podamos contactar a otro paciente que pueda estar esperando una cita.

Nuestra política es la siguiente:

- El evento de No Show, Columna vertebral se reserva el derecho de cobrarle **\$25.00**.
- El evento de cancelación del mismo día (dentro de las 24 horas de la columna vertebral) se reserva el derecho de cobrarle **\$25.00**. **Se darán dos cancelaciones de cortesía a cada paciente, y los cargos se producirán en la tercera cancelación que no es más de 24 horas desde la hora de la cita.**
- Tendrá que pagar estas tarifas en su próxima cita. Estas tarifas no se pueden facturar a su proveedor de seguros, ya que no son para los servicios médicos prestados. Tampoco se les puede pagar con una tarjeta de crédito HSA o Flex Spend ya que esta tarifa no es para servicios médicos.
- Los terapeutas tienen el derecho a descargar a un paciente y al médico remitente, lo que dará como resultado la cancelación de las citas restantes.
- También pueden surgir emergencias que involucren a nuestro personal. Haremos todo lo posible para reprogramar su cita para el mismo día, pero con otro médico. Desafortunadamente, podemos verse obligados a reprogramar su cita para otro día.

¡Gracias por elegir PEAK Sport and Spine para sus necesidades de terapia!

He leído y entiendo PEAK Sport y Spine Cancelación / No Show Política. Al proporcionar una tarjeta de crédito, por favor no utilice una tarjeta de crédito HSA o Flex Spend ya que esta tarifa no es para servicios médicos.

Firma del paciente/Padre/Tutor **X** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal de PSS: \_\_\_\_\_



# Formulario De Información Al Paciente

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas?

- Y N**
- ASMA**
- TRASTORNOS CARDIOVASCULARES** (Angina, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Marcapasos / Desfibrilador Enfermedad Vascul ar Periférica)
- Otros Problemas Cardíacos:** *Explicar* \_\_\_\_\_
- Hipertensión**  
¿Controlado por medicación?  Sí  No
- epoc, ARDS or ENFISEMA**
- ARTRITIS**  
Reumatoide – Articulaciones Afectadas \_\_\_\_\_  
Osteoartritis – Articulaciones Afectadas \_\_\_\_\_
- Dolor De Espalda** (cuello, espalda baja, Enfermedad Degenerativa Del Disco, Estenosis Raquídea)
- Huesos Vay**
- Osteoporosis**
- Otros Problemas Ortopédicos:** *Explicar* \_\_\_\_\_
- Epilepsia o trastornos Convulsivos**
- Apoplejía/TIA,** *Cuando* \_\_\_\_\_
- Lesión Cerebral Traumática**
- Lesiones En La Cabeza**
- Esclerosis**
- La Enfermedad de Parkinson**

- Y N**
- Otras Condiciones Neurológicas:** *Explicar* \_\_\_\_\_
- SIDA / VIH**
- Cancer,** *Qué tipo:* \_\_\_\_\_
- Problemas De Salud Mental:** *Explicar* \_\_\_\_\_
- Diabetes**  Tipo 1 **OR**  Tipo 2
- Mareos**
- Trastornos Alimentarios**
- Enfermedad Gastrointestinal** (úlcer a, hernia, reflujo, intestino, hígado, vesícula biliar)
- Discapacidad Auditiva**
- Hepatitis**  Tipo A  Tipo B  Tipo C
- Historia de las Caídas**
- Incontinencia**
- Renal, Vejiga, Próstata o Problemas Para Orinar**
- Embarazada** (*actualmente*)
- Anterior accidente de Coche que Resulta en lesiones Para Usted**
- Prótesis/Implantes**
- Tuberculosis**
- Deficiencias Visuales**
- Neumonía**
- Otros Problemas:** *Explicar* \_\_\_\_\_

## Por favor describa su uso de:

- Tobaco**  
 Nunca  Mensual o menos  2- debería veces al mes  2-3 veces a la semana  4 o más veces por semana
- Alcohol**  
 Nunca  Mensual o menos  2- debería veces al mes  2-3 veces a la semana  4 o más veces por semana
- Consumo Diario De Cafeína**  
 Ninguno  1-2 tazas/día  2-3 tazas/día  3-4 tazas/día  4 o más tazas/día

## ¿Con qué frecuencia hace ejercicio?

- Nunca  Mensual o menos  2- debería veces al mes  2-3 veces a la semana  4 o más veces por semana

Por favor, haga una lista de los medicamentos que usted está tomando ahora tanto las recetas y por encima del servirán o nos proporcione una lista separada.

Medicamento	Dosis (es decir, el número de mg.)	Frecuencia de la Medicación	Tomado Oralmente / por Inyección

¿Tiene alguna alergia a medicamentos, adhesivos u otros artículos??  No  Sí, lista por favor: \_\_\_\_\_

Iniciales Del Paciente / Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Therapist's Initials: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# Estado Actual

¿Cuándo comenzó su condición/lesión actual? \_\_\_\_\_

Describa brevemente cómo se produjo la lesión:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

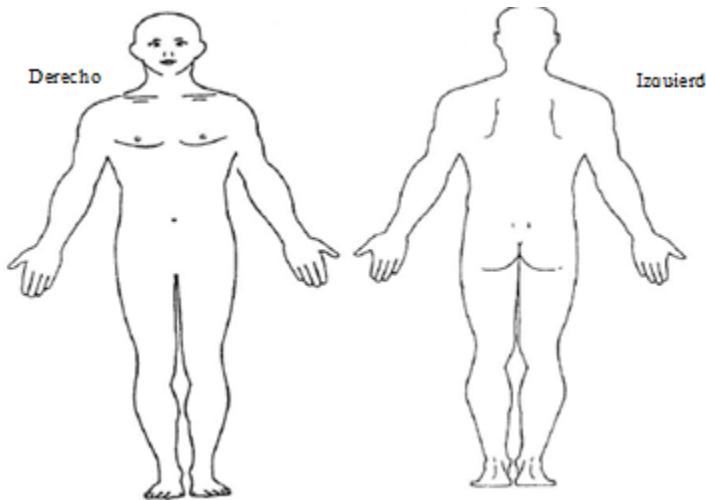
¿Tiene recientemente-rayos, Resonancias magnéticas o exámenes para su condición/Lesión actual?  No  Si, *Explicar* \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento/tratamiento con quiropráctico para esta afección??  No  Si, ¿Cuántas Visitas? \_\_\_\_\_

Por favor, haga una lista de cirugías o inyecciones relacionadas con su condición/lesión actual:

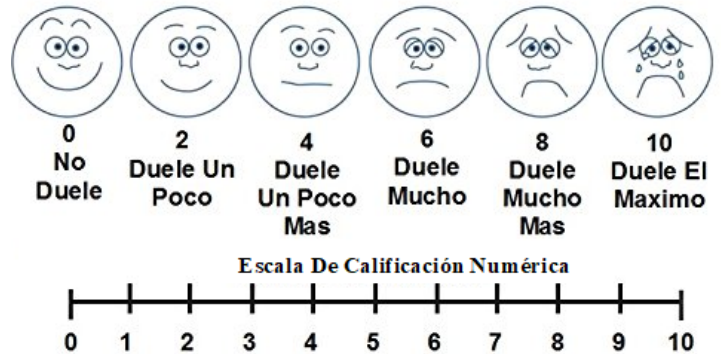
Fecha (Aproximadamente)	Cirugía/Hospitalización	Motivo

Por favor, indique en el dibujo de abajo dónde está teniendo dolor y qué tipo de dolor está teniendo..



DELANTERO

VOLVER



Indique su nivel de dolor **ACTUAL** en la barra superior o rodeando una cara.

¿Cuál es su nivel de dolor actual? \_\_\_\_\_/10

¿Cuál es su nivel de dolor en su PEOR momento? \_\_\_\_\_/10

¿Cuál es su nivel de dolor en su MEJOR momento? \_\_\_\_\_/10

Por favor indique las áreas de dolor y malestar (en las figuras anteriores) usando los siguientes símbolos:  
 /// - Dolor  
 \*\*\* - Entumecimiento, ninguna sensación en absoluto  
 +++ - Hormiguelo, sueño o sensación anormal

\_\_\_\_\_  
 Firma Del Paciente / Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del terapeuta (Therapist Signature)

\_\_\_\_\_  
 Fecha (Date)

By signing this, the therapist attests he/she has reviewed this with the patient.