



# Formulario de información del paciente

Patient Information Form

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 <input type="checkbox"/> Francés 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		
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? Por favor, introduzca todas las letras MAYÚSCULAS.  <input type="checkbox"/> Disminuir			¿Le gustaría recibir recordatorios de citas a través de? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Disminuir		
INFORMACIÓN DEL CASO <b>Uso de la oficina solamente</b>					
<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:
Date Return Visit to Physician		Number of Visits Specified on Prescription			
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

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: <b>Proveedor: Central Missouri Physical Therapy, LLC, dba PEAK Sport and Spine Tax ID #: 90-0180929 NPI #: 1558436592 Código del lugar de servicio: 11</b>	
<b>SEGURO PRIMARIO</b>	
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:	Fecha de nacimiento del suscriptor si es diferente del paciente:
Dirección del suscriptor si es diferente del paciente:	
Nombre del proveedor de seguros:	ID de miembro/Política #:
Dirección del apartado postal del reclamo:	Número de teléfono del plan de seguro:
<b>SECONDARY INSURANCE</b> <input type="checkbox"/> No Secondary	
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:	Fecha de nacimiento del suscriptor si es diferente del paciente:
Dirección del suscriptor si es diferente del paciente:	
Nombre del proveedor de seguros:	ID de miembro/Política #:
En la parte posterior de la tarjeta, busque el apartado de correos" Enviar reclamaciones médicas a":	Número de teléfono del plan de seguro:
Si tiene Medicare como su seguro primario, ¿ha tenido Atención Médica en el Hogar en los últimos 60 Días? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál era el nombre de la Empresa que prestaba estos servicios? _____ ¿Cuál es su número de teléfono? _____	
Firma del Tutor Legal del Paciente o de sus Padres: _____ Fecha: _____	



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.peakspine.com](http://www.peakspine.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: \_\_\_\_\_



# Política de Cancelación / no Presentación Política actualizada de COVID19

Cancellation/No Show Policy

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

PEAK Sport and Spine hace posible todas las adaptaciones en la programación de nuestros pacientes. Sabemos que surgen emergencias que obligan a los pacientes a cancelar su cita. Pedimos a nuestros pacientes que nos notifiquen con 24 horas de anticipación para cancelar una cita siempre que sea posible para que podamos comunicarnos con otro paciente que pueda estar esperando una cita.

Nuestra política es la siguiente:

- En caso de No Show, PEAK Sport and Spine se reserva el derecho de cobrarle \$ 25.00.
- En caso de cancelación el mismo día (dentro de las 24 horas posteriores a la hora de la cita), PEAK Sport and Spine se reserva el derecho de cobrarle \$ 25.00. Se otorgarán dos cancelaciones de cortesía a cada paciente y se cobrarán en la tercera cancelación que no sea más de 24 horas desde la hora de la cita.
- Deberá pagar estas tarifas en su próxima cita antes de su tratamiento. Estas tarifas no se pueden facturar a su proveedor de seguros ya que no son por servicios médicos prestados. Es posible que tampoco se paguen con una tarjeta de crédito HSA o Flex Spending, ya que esta tarifa no es para servicios médicos.
- Los fisioterapeutas tienen derecho a dar de alta a un paciente e informar al médico remitente sobre múltiples citas perdidas por el paciente, lo que resultará en la cancelación de las citas restantes programadas.
- 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, es posible que nos veamos obligados a reprogramar su cita para otro día.

### Cancelaciones / No Show debido a COVID19

Además, les pedimos a nuestros pacientes que se comuniquen con nuestra oficina antes de una cita si están o han estado en cuarentena por COVID-19, se le ha diagnosticado COVID-19, si muestra alguno de los síntomas del Coronavirus, o usted vive o ha estado en contacto cercano con alguien que está en cuarentena o ha dado positivo en la prueba del virus. Si cancela su (s) cita (s) debido a razones de COVID19, no se aplicarán todas las tarifas.

Thank you for choosing PEAK Sport and Spine for your therapy needs!

He leído y entiendo la Política de cancelación / no presentación de PEAK Sport and Spine. Cuando proporcione una tarjeta de crédito, no utilice una tarjeta de crédito HSA o Flex Spending, ya que este cargo no es para servicios médicos.

Paciente / Padre /Madre/

Firma del tutor **X** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PSS Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Formulario De Información Al Paciente

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

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>ASMA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>TRASTORNOS CARDIOVASCULARES</b> (Angina, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Marcapasos / Desfibrilador Enfermedad Vascul Periférica)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Otros Problemas Cardíacos:</b> <i>Explicar</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Hipertensión</b><br/>¿Controlado por medicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>epoc, ARDS or ENFISEMA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>ARTRITIS</b><br/>Reumatoide – Articulaciones Afectadas _____<br/>Osteoartritis – Articulaciones Afectadas _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Dolor De Espalda</b> (cuello, espalda baja, Enfermedad Degenerativa Del Disco, Estenosis Raquídea)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Huesos Vay</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Osteoporosis</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Otros Problemas Ortopédicos:</b> <i>Explicar</i> _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Epilepsia o trastornos Convulsivos</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Apoplejía/TIA,</b> <i>Cuando</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Lesión Cerebral Traumática</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Lesiones En La Cabeza</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Esclerosis</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>La Enfermedad de Parkinson</b></p> | <p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Otras Condiciones Neurológicas:</b> <i>Explicar</i> _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>SIDA / VIH</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Cancer,</b> <i>Qué tipo:</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Problemas De Salud Mental:</b> <i>Explicar</i> _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> Tipo 1 <b>OR</b> <input type="checkbox"/> Tipo 2</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Mareos</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Trastornos Alimentarios</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad Gastrointestinal</b> (úlceras, hernia, reflujo, intestino, hígado, vesícula biliar)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Discapacidad Auditiva</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis</b> <input type="checkbox"/> Tipo A <input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo C</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Historia de las Caídas</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Incontinencia</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Renal, Vejiga, Próstata o Problemas Para Orinar</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Embarazada (actualmente)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Anterior accidente de Coche que Resulta en lesiones Para Usted</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Prótesis/Implantes</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Tuberculosis</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Deficiencias Visuales</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Neumonía</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Otros Problemas:</b> <i>Explicar</i> _____</p> |
|--|---|

## 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:

---



---

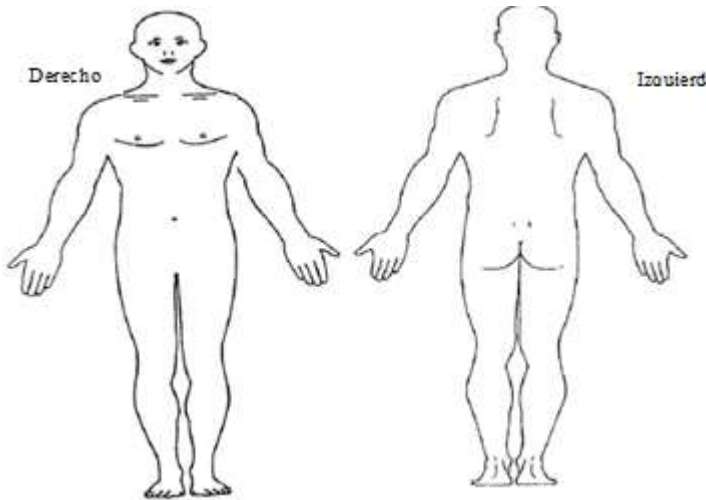
¿Tiene recientemente-rayos, Resonancias magnéticas o exámenes para su condición/Lesión actual?  No  Si, *Explicar* \_\_\_\_\_

¿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:

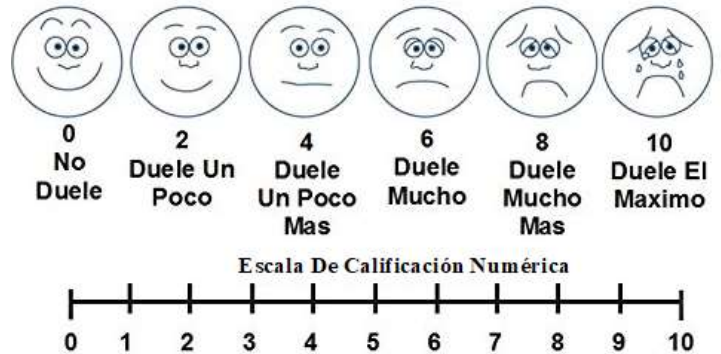
Fecha (Aproximadamente)	Cirugía/Hospitalización	Motivo

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

\_\_\_\_\_  
 Therapist Signature Date

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