

S.T.A.R. Physical Therapy

1779 Woodside Road, STE. 102 REDWOOD CITY, CA 94061 650-780-9700 / FAX: 650-780-0225

SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (MEDIO)

DIRECCIÓN: _____

(CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO)

Teléfono de Casa: _____ CELULAR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: MACHO / HEMBRA
MES FECHA 4 dígitos del año (marque uno)

SS #: _____ RECLAMO #: _____

EMPLEADO DE SEGURIDAD SOCIAL SEGUROS NÚMERO DE NÚMERO DE RECLAMACIÓN

FECHA DE LA LESIÓN: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____

ASEGURADORA: _____

SEGURO AJUSTADOR: _____

SEGURO DE TELÉFONO: _____

Yo HEAREBY AUTORIZO S.T.A.R. PHYSICAL THERAPY PARA LIBERAR TODA LA INFORMACIÓN
NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO DE BENEFICIOS. ENTIENDO QUE HABRA UN CARGO
CITA PERDIDA DE \$50 PARA LA FALTA DE NOTIFICACION 24 HORAS.

FIRMA

FECHA

FISIOTERAPIA ESTRELLA
1779 WOODSIDE ROAD, SUITE 102 Redwood City, CA 94061
650-780-9700 / FAX: 650-780-0225

DECLARACIÓN POLÍTICA DEL PACIENTE

Estimado paciente:

Estamos muy contentos de servirle y esperamos que su recuperación será rápida. La siguiente política nos permite ofrecerle su tratamiento la terapia prescrita:

1) Con el fin de respetar y no interferir con el tratamiento de otros pacientes, se proporciona la terapia física en una base CITA SOLAMENTE.

☐ Como cortesía, le pedimos que se dé aviso de 24 horas para la cancelación de una cita. Una cita perdida cargada de \$ 50 se le cobrará a usted si no se da aviso apropiado.

☐ Si no se llega dentro de 15 minutos de su cita puede resultar en la incapacidad para proporcionar servicios a usted ese día.

2) Como una cortesía, S.T.A.R. Fisioterapia presentará la facturación a su compañía de seguros PRIMARIA. En el caso de la cobertura SECUNDARIA, S.T.A.R. Fisioterapia proporcionará al paciente con los formularios de reclamación apropiados. Sin embargo, será la responsabilidad del paciente para recoger de su secundaria. Se espera que todos los saldos secundarias a pagar de inmediato, sin tener en cuenta el reembolso portador secundario.

3) Debido a la responsabilidad civil y la confidencialidad razona la zona de gimnasio se limita a los pacientes ya los representantes legales solamente.

4) Para respetar a los demás, uso de teléfonos celulares está prohibido, menos que se considere UNA EMERGENCIA.

Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración de política, por favor no dude en ponerse en contacto con la oficina de negocios.

He revisado y entiendo esta declaración de política y comprometerse a cumplir plenamente con esta política.

(PACIENTE / TUTOR FIRMA)

(FECHA)

S.T.A.R. Physical Therapy

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

A partir del 1 de enero 1997

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

La divulgación de su información médica

Tratamiento

Podemos revelar su información médica a otros profesionales de la salud dentro de nuestra práctica con el propósito de tratamiento, pago o atención médica.

"En ocasiones, puede ser necesario buscar la consulta acerca de su condición de otros profesionales de la salud asociados con el STAR TERAPIA FÍSICA."

Pago

Podemos revelar su información de salud a su proveedor de seguros con el propósito de pago u operaciones de atención médica.

"Como una cortesía a nuestros pacientes, vamos a presentar un estado de cuenta desglosado a su compañía de seguros con el propósito de pago a ESTRELLA La terapia física para los servicios de salud prestados. Si usted paga por sus servicios de atención médica personal, lo haremos, como cortesía, proporcionar una factura detallada para que usted presente a petición. El estado de cuenta contiene información médica, incluyendo el diagnóstico, fecha de la lesión o condición, y los códigos que describen los servicios de salud prestados.

Compensación para Trabajadores

Podemos revelar su información de salud cuando sea necesario para cumplir con los trabajadores estatales de Compensación Leyes.

Emergencias

Podemos revelar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia u otra persona responsable de su cuidado acerca de su condición médica o en caso de una emergencia o de su muerte.

Salud pública

Como lo requiere la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, reporte de abuso o negligencia infantil, denunciar la violencia doméstica, la presentación de informes a los problemas de Drogas y Alimentos de la Administración con los productos y reacciones a medicamentos e informar sobre la enfermedad o infección de la exposición.

Procedimientos judiciales y administrativos

Podemos revelar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial.

Cumplimiento de la Ley

Podemos revelar su información de salud a un oficial de la ley para fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial o citación, y otros fines policiales.

Las personas fallecidas

Podemos revelar su información de salud a médicos forenses o examinadores médicos.

Donación de Organos

Podemos revelar su información médica a las organizaciones que participan en la adquisición, la banca, o el trasplante de órganos y tejidos.

Investigación

Podemos revelar su información de salud a los investigadores que realizan investigaciones que han sido aprobados por una Junta de Revisión Institucional.

Seguridad Pública

Puede que sea necesario revelar su información de salud a las personas adecuadas con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o al público en general.

S.T.A.R. Physical Therapy
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

A partir del 1 de enero 1997

Prácticas de Privacidad Continúa

Especializados Agencias de Gobierno

Podemos revelar su información de salud para fines de beneficios del gobierno militar, la seguridad nacional, prisionero y.

Ponerse en contacto con el paciente

Podemos dejar un mensaje en un contestador automático o persona que contesta el teléfono a los efectos de la programación de citas. No hay información de salud personal será compartida durante esta grabación o mensaje distinto de la fecha y hora de su cita programada junto con una petición de llamar a nuestra oficina si necesita cancelar o reprogramar su cita. Tu dirección de correo electrónico se puede utilizar para ponerse en contacto con para las citas que usted también.

Sus Derechos de Información de Salud

- ☐ Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Tenga en cuenta, sin embargo, que S.T.A.R. FISIOTERAPIA no está obligado a aceptar la restricción que usted solicitó.
- ☐ Usted tiene el derecho a que su información médica recibida o comunicada a través de un método alternativo o se envía a una ubicación alternativa que no sea el método usual de comunicación o entrega, a su solicitud.
- ☐ Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud.
- ☐ Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información protegida de salud hechas por STAR TERAPIA FÍSICA
- ☐ Usted tiene derecho a una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento a petición.

Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro, y hará que las nuevas disposiciones para toda la información que mantiene. Hasta que se haga dicha enmienda, estamos obligados por ley a cumplir con este Aviso.

S.T.A.R. La terapia física es obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y para proporcionarle una notificación de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Si usted tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso, quejas o si desea más información sobre sus derechos de privacidad, por favor póngase en contacto con:

Howard Lieberman socio director si no está satisfecho con la manera en que su queja
1779 Woodside Road Suite 102 fue manejado por nuestra oficina, por favor póngase en contacto con
Redwood City, CA 94061 DHHS, Oficina de Derechos Civiles 200 Independence Ave. S.W.
650-780-9700 Habitación 509F HHH Building, Washington, DC 20201

A modo de mi firma, yo proporciono S.T.A.R. FISIOTERAPIA con mi autorización y consentimiento para utilizar y divulgar mi información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago y atención de la salud como se describe en el Aviso de Privacidad.

**** Las leyes de privacidad son tuyos para siempre. Por favor, consulte la página siguiente para la página de la firma.**

S.T.A.R. Physical Therapy
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

A partir del 1 de enero 1997

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO

He leído el Aviso de Privacidad y entiendo mis derechos contenidos en el aviso.

Nombre del paciente: _____
(Por favor imprimir)

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Padre o Tutor Firma: _____

OFICINA DE USAR SOLO POR DEBAJO

Firma del Personal: _____

Fecha: _____

Buen esfuerzo de fe para obtener la recepción: Explique:

CÍRCULO QUE SE APLICA

HISTORIA MÉDICA

Por favor, compruebe si ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes:

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Corazón

Insuficiencia Cardíaca Congestiva ☐ Sí ☐ No

Presión arterial alta ☐ Sí ☐ No

Ataque al corazón (MI) ☐ Sí ☐ No

Arterioesclerosis ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No angioplastia

Enfermedad Valvular ☐ Sí ☐ No

Stents ☐ Sí ☐ No

Arritmia ☐ Sí ☐ No

Cirugía de revascularización coronaria ☐ Sí ☐ No

Angina ☐ Sí ☐ No

Marcapasos ☐ Si ☐ No

Médico General

Alergias ☐ Sí ☐ No

Los dolores de cabeza ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No Discapacidad Visual

Discapacidad auditiva ☐ Sí ☐ No

Ansiedad / Pánico Trastornos ☐ Sí ☐ No

Depresión ☐ Sí ☐ No

Disfunción del sueño ☐ Sí ☐ No

Mareos / Desmayos ☐

Hepatitis ☐ Sí ☐ No

SIDA ☐ Sí ☐ No

Artritis ☐ Sí ☐ No

La enfermedad pulmonar

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ☐ Sí ☐ No

Enfisema ☐ Sí ☐ No

Asma ☐ Sí ☐ No

Neumonía reciente ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

enfermedad Vascular

Enfermedad arterial periférica ☐ Sí ☐ No

Adquiere Síndrome de Dificultad Respiratoria ☐ Sí ☐ No

diabetes

Carrera / TIA

Médico General

Esclerosis Múltiple ☐ Sí ☐ No

Enfermedad de Parkinson ☐ Sí ☐ No

Otros Neurológica ☐ Sí ☐ No

Enfermedades Gastrointestinales ☐ Sí ☐ No

Úlcera ☐ Sí ☐ No

Hernia ☐ Sí ☐ No

Reflujo Ácido ☐ Sí ☐ No

Riñón / Vejiga Problemas ☐ Si ☐ No

Incontinencia ☐ Sí ☐ No

Cáncer ☐ Sí ☐ No

La quimioterapia ☐ Sí ☐ No

Radiación ☐ Sí ☐ No

Prótesis / Implantes ☐ Sí ☐ No

Osteoporosis ☐ Sí ☐ No

Otra condición médica:

Cirugía General

Pasado: _____

Cirugía Ortopédica Pasado:

• Si respondió afirmativamente a cualquiera de los anteriores, por favor explique:

• Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente:

• Por favor describa cualquier alergia conocida:

• ¿Ha tenido terapia física para esta afección antes?

• En caso afirmativo, aproximadamente cuándo y dónde:

• ¿Ha estado recientemente hospitalizado?

• ¿Está usted actualmente recibiendo atención médica domiciliaria? (es decir, los cuidados de enfermería o terapia): _____

• ¿Qué otros tratamientos / ha intentado (quiropática / Acupuntura / Aquatic Therapy): _____

• ¿Es la terapia de hoy relacionado con un accidente o una lesión relacionada con el trabajo?

Listar medicamentos actuales

1. _____ /dosificación _____

2. _____ /dosificación _____

3. _____ /dosificación _____

Firma

Fecha