



4951 Center Street, Suite LL Omaha, NE  
4832 S. 24th Street, Omaha, NE  
Office: 402-502-1819  
Fax: 402-502-2057  
www.OmahaIntegratedRehab.com

## Nueva información del paciente

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado civil (por favor círculo): Solo Casado Viuda Divorciada

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: Inglés Español Other: \_\_\_\_\_

Raza (por favor círculo): Blanco Negro o afroamericanos Hispano o Latino Asiático Negarse a contestar Other: \_\_\_\_\_

Etnia (por favor círculo): Hispano o Latino No hispano o latino Negarse a contestar

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Soporte Celular (por favor círculo): Sprint Verizon AT&T US Cellular Boost Other: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Preferencia de contacto (por favor círculo): Teléfono de casa Teléfono del trabajo Teléfono móvil Mensaje de texto E-mail

## Cónyuge datos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Por favor, utilice mi cónyuge como mi contacto de emergencia: Sí No

## Datos de contacto de emergencia:

Nombre de la persona de contacto: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

## Datos Empleador del Paciente:

Situación laboral: Empleado Tiempo Completo o Tiempo Parcial Estudiante Tiempo Completo o Tiempo Parcial  
Jubilado Desempleados Other \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Título del trabajo/Position \_\_\_\_\_

Empleador Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Agradecemos que para referirse a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## Seguro médico:

¿Está el tenedor de la póliza? Sí o No Si no, ¿quién es el tenedor de la póliza? Cónyuge Padre Empleador Other

Tenedor de la póliza Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ El Apellido: \_\_\_\_\_

Política de soporte Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Tenedor de la póliza del Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

\*¿Es su visita relacionando con un accidente de auto o lesiones relacionadas con el trabajo? Sí o No

Por favor especifique: Auto Trabajo

## Accidente de Auto datos:

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Número de reclamación: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro de auto: \_\_\_\_\_ Departamento Es este su seguro de auto transportista? Sí o No  
Reclamaciones Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Ajustador Nombre: \_\_\_\_\_ Ajuste del número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Abogado Nombre: \_\_\_\_\_ Abogado Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Los datos de la compensación del trabajador:

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Número de reclamación: \_\_\_\_\_  
La remuneración de los Trabajadores Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
Reclamaciones Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Gerente de Caso Nombre: \_\_\_\_\_ Gerente de Caso Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Abogado Nombre: \_\_\_\_\_ Abogado Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## Asignación y liberación de seguros:

Me gustaría que Rehab integrado para facturar a los médicos cobrar anotodos de arriba/seguro de responsabilidad civil para todos los servicios prestados a mí después de cada visita. En el caso de que el seguro de responsabilidad civil no paga y rehabilitación integrada tiene el derecho de solicitar el seguro médico para el pago de mi cuenta. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que el efecto real de los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos co-pagos, deducibles, co-seguros y cualquier otro abonado pasivos en el momento en que se prestan servicios, como permitidas.

---

Firma del paciente o padre, madre o tutor del menor Paciente

Fecha

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN

\_\_\_\_\_, en integrado a Rehab, le da el permiso y autoridad a los profesionales para el cuidado del paciente de acuerdo con las pruebas, el diagnóstico y el análisis. Los tratamientos o de otros procedimientos clínicos suelen ser beneficioso y rara vez causan problemas. En casos raros, defectos físicos subyacentes, deformidades o patologías puede hacer que el paciente susceptible a las lesiones. El médico, por supuesto, no dan ningún tratamiento o atención de la salud si es consciente de que este tipo de atención puede estar contraindicado. Una vez más, es la responsabilidad del paciente para que sea conocida, o a aprender por medio de la atención de la salud los procedimientos lo que él está sufriendo de: latente defectos, enfermedades o malformaciones que, de otro modo, no llegan a la atención del practicante. Nuestros profesionales proporcionan una especialización de no duplicar servicios de atención de salud. El médico de Terapia Física y/o la de su médico de la quiropráctica es licenciada en una práctica especial y está disponible para trabajar con otros tipos de proveedores de cuidado de la salud.

Yo entiendo que si soy aceptado como en el caso de un paciente por un profesional en rehabilitación integrada, estoy autorizando a seguir adelante con cualquier tratamiento que sea necesario. Además, cualquier riesgo, sobre tratamiento de fisioterapia o tratamiento quiropráctico se me explicó a mi pedido.

---

Firma del paciente o padre, madre o tutor del menor Paciente

Fecha

## **Información médica de los pacientes Formulario de consentimiento y aceptación de las prácticas de privacidad**

Queremos que sepa cómo su Información Médica de los pacientes (PHI) se va a utilizar en esta oficina y sus derechos de los registros. Por favor, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de rehabilitación integrada, LLC para obtener una descripción completa de dichos usos y revelaciones. He de reconocer que una copia de dicho Aviso de Prácticas de Privacidad se ofreció a mí.

1. El paciente entiende y esta de acuerdo en permitir que esta oficina utilice su información médica de los pacientes (PHI) para los fines de tratamiento, pago, operaciones del cuidado de la salud, y la coordinación de la atención. Por ejemplo, el paciente está de acuerdo con permitir que esta oficina le pide su PHI a la Compañía de Seguros de Salud (o empresas) que nos proporciona el paciente, con el propósito de pago. Esta seguro de que esta oficina se limitará la liberación de toda la información confidencial a lo mínimo necesaria para que las compañías de seguros requieren de pago.
2. El paciente tiene el derecho de examinar y obtener una copia de su propio de salud registros en cualquier momento y solicitar correcciones. El paciente podrá solicitar información para saber lo que se a hecho y presentar por escrito las nuevas restricciones sobre el uso de su PHI. Nuestra oficina no está obligado a aceptar las restricciones.
3. El consentimiento escrito del paciente es que sólo se obtuvo un tiempo de los posteriores atención al paciente en esta oficina.
4. El paciente puede presentar una solicitud por escrito a revocar el consentimiento en cualquier momento durante la asistencia. Esto no afecta el uso de los registros de la atención antes de la petición por escrito a revocar el consentimiento sino que se aplicaría a cualquier atención después de que la solicitud se ha presentado.
5. Para su seguridad y derecho a la intimidad, todo el personal ha sido capacitado en el área de privacidad del historial del paciente y un funcionario de privacidad ha sido designado para hacer cumplir los procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado todas las precauciones que son conocidos por la oficina para asegurar que los registros no estén fácilmente disponibles para quienes no los necesitan.
6. Los pacientes tienen el derecho de presentar una queja formal con nuestro oficial de privacidad acerca de cualquier posible violación de estas políticas y procedimientos.
7. Si el paciente se niega a firmar el consentimiento para los fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud, el terapeuta físico y/o quiropráctico médico tiene derecho a negarse a prestar atención

He leído y entiendo cómo mi información médica de los pacientes será utilizado y estoy de acuerdo con estas políticas y procedimientos.

---

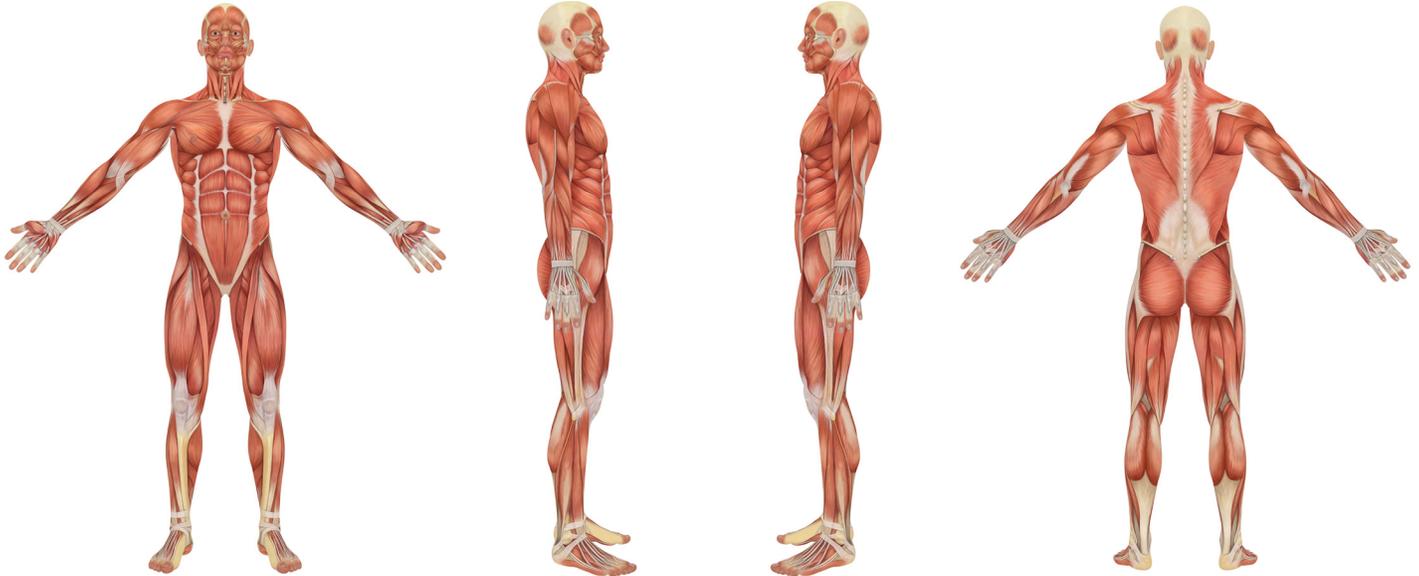
Firma del paciente o padre, madre o tutor del menor Paciente

Fecha

Las reclamaciones actuales: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, marque el lugar donde tiene el dolor y las síntomas:



Por favor grade su dolor en una escala de 0-10:  
[0= sin dolor, 10 = dolor extremo]

Elegir con frecuencia donde esta dolor está presente:

Cuello:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Parte superior de la espalda:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Parte Baja de la espalda:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Rara vez	Intermitente	Frecuente	Constante
Rara vez	Intermitente	Frecuente	Constante
Rara vez	Intermitente	Frecuente	Constante
Rara vez	Intermitente	Frecuente	Constante

Área(s) de la queja?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Describir la naturaleza de los síntomas: (Profundo, ardor, adormecimiento, hormigueo, rigidez, etc...)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

¿Cuándo este episodio comenza o iniciaes cada vez peor?

---

Se puede ir a dormir sin problemas? Sí o No

¿Se despierta por el dolor? Sí o No Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde es el dolor que te despierta? \_\_\_\_\_

La historia previa de las actuales denuncias? Sí o No

Si la respuesta es afirmativa, sírvase describe los episodios con fechas Resumen: \_\_\_\_\_

---

¿Ha tenido tratamiento previo por parte de un fisioterapeuta o quiropráctico para su actual quejas? Sí o No

Si la respuesta es sí, por favor lista quién y cuándo: \_\_\_\_\_

---

¿Ha visto a un médico para su actual las quejas? Sí o No

Si su respuesta es afirmativa, ¿usted va a ver al médico de Atención Primaria? Sí o No

Si usted vio a un médico diferente, por favor proporcione su nombre y su especialidad:

Médico Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

### **Historial médico actual:**

Ningún médico ha diagnosticado con presión alta? Sí o No

Ningún médico ha diagnosticado con diabetes? Sí o No Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? Tipo 1 o Tipo 2

¿Esta usted embarazada? Sí o No

Cualquier otro problemas de salud? (Ex. Enfermedades del corazón, alergias, etc... ) Que \_\_\_\_\_

---

Los medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

---

### **Antecedentes:**

Heridas en La Cabeza, cuello o espalda: \_\_\_\_\_

---

Cirugías (Fecha y tipo): \_\_\_\_\_

---

Fracturas (Fecha y tipo): \_\_\_\_\_

---