



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.

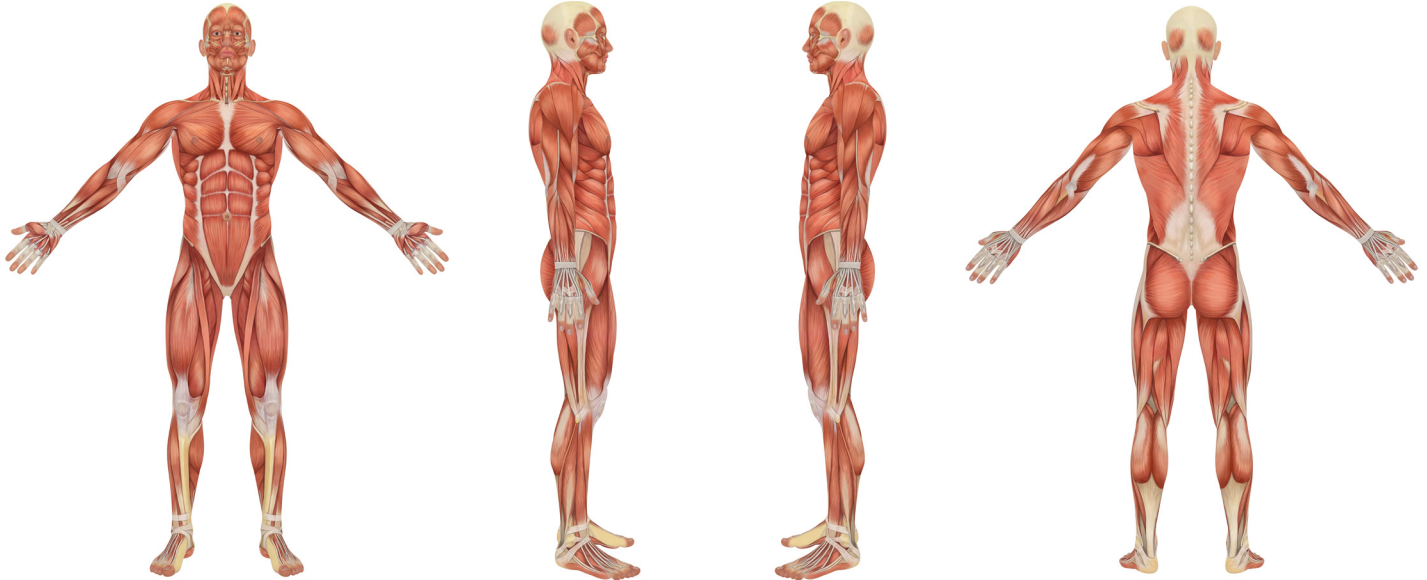
Firma del paciente o padre, madre o tutor del menor Paciente

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?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿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): _____
