

Estimado Paciente Nuevo,

Gracias por escoger Willows Physical Therapy para sus necesidades de rehabilitación. Como un paciente Nuevo, necesitamos que llene varias formas. Estos pueden ser hechos en su casa o también en nuestra oficina. Si usted escoge nuestra oficina, por favor lleve aproximadamente 15 minutos temprano para que complete sus formas. Por favor imprima una de cada una de lo siguiente:

1. Información del Paciente
2. Información médico
3. Autorización del Paciente y Financiero política
4. Privacidad Política

Cuando usted llegue a su cita de terapia física, por favor use ropa cómoda ropa floja. Por favor traiga pantalones cortos si su herida ocurrió en el extremidad baja. Y por último traiga sus medicamentos y su tarjeta de seguro ( si es aplicable).

Estamos en la espera de trabajar con usted en alcanzar su meta para una salud óptima.

Gracias,

El Personal de Willows Physical Therapy

## Información del Paciente

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer (*Círculo*)  
Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Situación Matrimonial: S / C / Hijo-a / Otro Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Médicos que refieren: \_\_\_\_\_ Médico Familiar: \_\_\_\_\_

### ¿Como elegio nuestra práctica? (*Note todas que aplican*)

- Médico  Paciente Antiguo  Empleador  Folleto/Por Correo  Paginas Amarillas  Páginas en Internet  
 Amigo/Relativo

## Persona Responsable

Nombre de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Contacto en caso de Emergencia : \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Información de Seguro

(Por favor presente su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Compañía de Seguro Primaria: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Política \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro Secundaria: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Política \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Yo certifico que los datos de arriba son verdaderos, correcto, y exactos. Yo, el firmador-a, por la presente declaro que estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que *WILLOWS PHYSICAL THERAPY* aportar asistencia médica y tratamiento al paciente mencionado-a anteriormente.

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Información Médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número del Paciente # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de síntomas o comienzo de herida: \_\_\_\_\_

Fecha de Cirugía (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Describe brevemente cómo ocurrió su accidente o herida: \_\_\_\_\_

Lugar de síntomas: (porfavor indica en el diagrama)

¿El dolor está  mejor,  peor, o  igual?

¿Que hace para que sus síntomas mejoren? \_\_\_\_\_

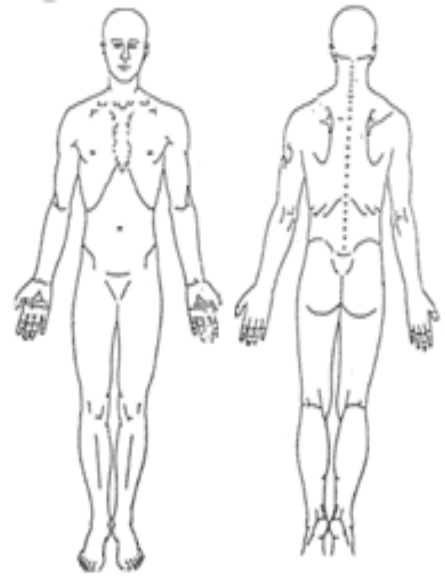
¿Que hace para que sus síntomas empeoren? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted este problema antes?  Si  No

¿Ha tenido algún tratamiento para este problema en el pasado? Si, sí porfavor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido terapia física antes?  Si  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Lista las más reciente radiografías , MRI o otras pruebas relacionadas: \_\_\_\_\_



### Medicamentos

¿Esta tomando alguna medicación?  Si  No

Medicación

Para Tratar

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Condiciones Médicas

Porfavor marque con un círculo si tiene alguna de las siguientes condiciones

*Alergias*

*Cáncer*

*Dolor de Cabeza*

*Deabetes*

*Embolio*

*Entumecido-a/Hormigueo*

*Ataque Cardíaco*

*Osteoporosis*

*Debilidad*

*Alta Presión*

*Problema de Pulmónes*

*Dolor en al Noche*

*Marcapasos*

*Problema de Riñón*

*Reemplazo de Articulaciones*

*Trastornos Convulsivos*

*Problema Emocionado-a/Psicológico-a*

*Problema Intestino*

*Peso Aumento/Pérdida*

*Hernia*

*Problema de la Vejiga*

*Arthritis*

*Embarazada*

*Otro: \_\_\_\_\_*

Si círculo una de las condiciones de arriba, porfavor de explicaciones y apunte las fechas: \_\_\_\_\_

*\*Entiendo la importancia de una verdadera historia medica para ayudar a proveer el mayor cuidado posible.*

Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_

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

## Autorización del Paciente y Política Financiera

Porfavor lea lo siguiente y firme esta forma para permitir nos empezar su tratamiento y la cuenta por los servicios que ha recibido.

- Yo autorizo pago de médicos beneficiarios a Willows Physical Therapy (WPT) por los productos y servicios profesionales prestados a mí.
- Yo autorizo que mi informacion medica y personal sea compartida a lo necesario para el proceso de mi reclamación.
- Yo autorizo que mi informacion medica y estudios de fotografías y mi informacion personal sea compartida con cualquier medico o facilidad medica a lo necesario y que sea relacionado para mi tratamiento medica de WPTI.
- Yo autorizo a WPTI que compartin copias de mis documentos de terapia física o informacion por teléfono o correo electrónico para el propósito de correspondiente con mis medicos y la cuenta de reclamaciones a mi compañía de seguro.

Como una cortesía para nuestros pacientes, Willows Physical Therapy, Inc. (WPT) le mandaremos el cobro a su compañía de seguro por usted. Sin embargo, es su responsabilidad pagar cualquier cantidad que no sea pagada/cubierta por su seguro. WPTI sumaran 10% interés por año a todos 'paciente responsable a la balanza' si no esta pagado todo el total de 30 días de su fecha de vencimiento. En todo caso su cuenta llega a ser en serio delincuyente y si va a una tercera persona de agencia de colecciones, WPTI sumaran un 35% por comisión administración.

Para los pacientes de Medicare, usted tiene el derecho a ser informado de una terapia física beneficios cap. A partir de 2008, Medicare ha puesto en práctica a \$ 1810 por año tope en terapia física combinada con terapia del habla. En el caso de exceder el tope,usted puede ser elegible para obtener más beneficios de Medicare o puede pagar en efectivo para sus visitas.

Patient/Guardian\* Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*\*Parent or guardian signature is required for patients under 18 years old*

**Western Physical Therapy, Inc.**  
**dba Willows Physical Therapy**  
**116 S. Lassen**  
**Willows, CA 95988**  
**(530) 934-2870**

Fecha de entrada en vigor de la notificación: 1 de agosto de 2006

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Tal como lo exige el Reglamento de Privacidad Creado como resultado de la Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de la Ley de 1996 (HIPAA)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED (Como un paciente de esta práctica) PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A SU individualmente identificables información de salud.

Por favor, revise cuidadosamente este aviso.

A. Nuestro compromiso con su privacidad

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su identificación individual de información sanitaria (IIHI). Al llevar a cabo nuestro negocio, vamos a crear registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica a usted. También están obligados por ley a proveer de usted este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su IIHI. De la ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos en vigor en el momento.

Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero hay que proveer de usted la siguiente información importante:

- § Cómo podemos utilizar y divulgar su IIHI
- § Su derecho a la intimidad de su IIHI
- § Nuestras obligaciones relativas al uso y la divulgación de su IIHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los expedientes que contienen su IIHI que son creados o retenidos por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar el presente Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso se aplicarán a todos sus registros de que nuestra práctica ha creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que puedan crear o mantener en el futuro. Nuestra práctica publicaremos una copia de nuestro Aviso actual en nuestra oficina en un lugar visible en todo momento, y usted puede solicitar una copia de nuestra notificación más reciente en cualquier momento.

A. Si usted tiene preguntas sobre este aviso, póngase en contacto con:

Ryan Beck  
116 S. Lassen  
Willows, CA 95988  
(530) 934-2870

A. Podemos utilizar y divulgar su identificación individual la información de salud (IIHI) en las siguientes maneras

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos utilizar y divulgar su IIHI.

**1. Tratamiento.** Nuestra práctica puede usar su IIHI para el tratamiento de usted. Por ejemplo, podemos pedirle que vuelva a colocar su nombre en una Asignar a @ hoja. Su nombre puede ser escuchado por los demás a la hora de ser llamado de nuevo para, o durante su tratamiento. Su gráfico puede ser colocado en un cuadro titular de su tratamiento fuera de la habitación o en un contador en una zona de poco tráfico para permitir que el terapeuta acceso inmediato a su registro. Usted puede recibir tratamiento y / o el ejercicio de instrucción en presencia de otros. Muchas de las personas que trabajan para nuestra práctica - entre ellos, pero no se limita a, nuestros terapeutas y auxiliares - puede usar o divulgar su IIHI para el tratamiento de usted o de ayudar a los demás en su tratamiento. Además, podemos divulgar su IIHI a otros que puede ayudar en su cuidado, tales como su cónyuge, hijos o padres. Por último, también podemos divulgar su IIHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento.

**2. Pago.** Nuestra práctica puede demandar y divulgar su IIHI para facturar y cobrar el pago por los servicios y artículos que pueden recibir de nosotros. Por ejemplo podemos ponernos en contacto con su aseguradora de salud de nuestra recepción (que puede ser escuchado por otros) para certificar que usted es elegible para beneficios y para qué gama de beneficios. Nosotros podemos proporcionar su asegurador con detalles sobre su tratamiento para determinar si su aseguradora servirán para cubrir, o pagar por su tratamiento. Podemos discutir las cuestiones financieras relativas a su cuidado que pueden ser escuchadas por otros. También podemos utilizar y divulgar su IIHI para obtener el pago de terceros que puedan ser responsables de tales gastos, como los miembros de la familia. Además, podemos usar su IIHI para cobrarle directamente por servicios y artículos. Es posible que usted llame o dejar un mensaje para usted con el fin de cobrar el pago. Podemos revelar su IIHI a una agencia de cobros fuera con el fin de cobrar el pago. Podemos revelar su IIHI a otros proveedores de servicios de salud y entidades para ayudar a su facturación y la recaudación esfuerzos.

**3. Operaciones de cuidado de salud.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de la forma en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede utilizar su IIHI para evaluar la calidad del cuidado que usted recibió de nosotros o para llevar a cabo en función de los costos de gestión y planificación de negocios para las actividades de nuestra práctica.

**4. Recordatorios de citas.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI ponerse en contacto con usted y recordarle de una cita o llame a usted una cita cuando se ha perdido.

**5. Divulgación requerida por la ley.** Nuestra práctica va a usar y divulgar su IIHI cuando estamos obligados a hacerlo por federal, estatal o local.

A. Uso y divulgación de su IIHI en determinadas circunstancias especiales

Las siguientes categorías describen las únicas situaciones en las que podemos usar o divulgar su información de salud identificable:

**1. Riesgos para la salud pública.** Nuestra práctica puede revelar su IIHI a las autoridades de salud pública que están autorizados por la ley para recolectar información con fines de:

- § Mantenimiento de registros vitales, como nacimientos y defunciones
- § La presentación de informes abuso o negligencia infantil
- § Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades

- § Notificar a una persona en relación con la exposición potencial a una enfermedad transmisible
- § Notificar a una persona en relación con un riesgo potencial para la propagación o contraer una enfermedad o condición
- § Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos
- § Notificar a las personas, si un producto o dispositivo que esté utilizando se ha recordado
- § Notificación apropiada agencia del gobierno (es) y la autoridad (es) en relación con el posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluida la violencia doméstica); sin embargo, sólo revelar esta información si el paciente está de acuerdo o estamos obligados o autorizados por ley a revelar esta información
- § Notificar a su empleador bajo circunstancias limitadas, relacionadas principalmente con el lugar de trabajo lesión o enfermedad o la vigilancia médica.

**2. Actividades de Vigilancia de Salud.** Nuestra práctica puede revelar su IIHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, estudios, otorgamiento de licencias y acciones disciplinarias, civiles, administrativas y de procedimientos penales o la adopción de medidas; u otras actividades necesarias para que el gobierno controle los programas del gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y la sistema de atención de salud en general.

**3. Demandas y procedimientos similares.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en un juicio o procedimiento similar. También podemos revelar su IIHI en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte implicada en la controversia, pero sólo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información de la Parte ha solicitado.

**4. Compensación a los Trabajadores.** Nuestra práctica puede revelar su IIHI para la indemnización de los trabajadores y programas similares.

#### A. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU IIHI

Su tiene los siguientes derechos con respecto a la IIHI que mantenemos sobre usted:

**1. Comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestra práctica se comunique con usted acerca de su salud y las cuestiones conexas de una determinada manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted en su casa, lugar de trabajo. Con el fin de solicitar un tipo de comunicación confidencial, usted debe hacer una solicitud por escrito a Ryan Beck / Willows Terapia Física pidió especificar el método de contacto, o del lugar donde usted desea ser contactado. Nuestra práctica tendrá en cuenta las solicitudes razonables. Usted no necesita dar una razón por su solicitud.

**2. Requesting Restrictions.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su IIHI para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Además, usted tiene el derecho de solicitar que restringimos nuestra divulgación de su IIHI a sólo ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado, tales como los miembros de la familia y amigos. **Nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud;** Sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando así lo exija la ley, en caso de emergencia, o cuando la información es necesaria para el tratamiento de usted. Con el fin de solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su IIHI, usted debe hacer su solicitud por escrito a Ryan Beck / Willows Terapia Física. Su solicitud debe describir de forma clara y concisa:

- (a) La información que desea restringido;
- (b) Si usted está solicitando para limitar nuestra práctica del uso, divulgación o ambos, y
- (c) A quién desea que se apliquen los límites.

**3. Inspección y Copias.** Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia del IHHI que pueden utilizarse para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos del paciente y de facturación. Usted debe presentar su solicitud por escrito a Ryan Beck / Willows Terapia Física con el fin de inspeccionar y / u obtener una copia de su IHHI. Nuestra práctica puede cobrar una cuota por el costo de copiado, envío, mano de obra y suministros relacionados con su solicitud. Nuestra práctica puede negar su solicitud de inspeccionar y / o copiar en ciertas circunstancias limitadas, sin embargo, usted puede solicitar una revisión de nuestra negación. Otra licencia profesional de la salud elegido por nosotros va a realizar comentarios.

**4. Enmienda.** Usted puede pedir que enmendemos su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y usted puede solicitar una enmienda durante todo el tiempo en que la información sea mantenida por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y presentado a Ryan Beck / Willows Terapia Física. Usted nos debe proporcionar con una razón que apoye su petición de modificación. Nuestra práctica puede negar su petición si usted no cumple con presentar su solicitud (y la razón apoyando su solicitud) por escrito. Además, podemos rechazar su petición si usted nos pide enmendar información que se encuentra en nuestra opinión: (a) exacta y completa, (b) no forman parte de la IHHI mantenida por o para la práctica; (c) no forma parte de la IHHI que se le permitiría inspeccionar y copiar, o (d) no creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no está disponible para modificar la información.

**5. Contabilidad de Revelaciones.** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar una Accounting de las revelaciones. Un Accounting de divulgación @ es una lista de algunos de enrutamiento no revelaciones nuestra práctica ha hecho de su IHHI para no trato, de no pago o la falta de operaciones. La utilización de su IHHI como parte de la rutina de la atención de los pacientes en nuestra práctica no está obligado a ser documentado. Con el fin de obtener una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito a Ryan Beck / Willows Terapia Física. Todas las solicitudes para una de las revelaciones Accounting @ debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser superior a seis (6) años a partir de la fecha de la divulgación y no puede incluir fechas antes del 14 de abril, 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuito, pero nuestra práctica puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses.

**6. Derecho a una Copia en Papel de este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con Ryan Beck / Willows Terapia Física.

**7. Derecho a presentar una denuncia.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestra práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, póngase en contacto con Ryan Beck / Willows Terapia Física. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

**8. Derecho a Proporcionar una Autorización para otros usos y divulgaciones.** Nuestra práctica se obtendrá su autorización escrita para usos y revelaciones que no son identificados por este aviso o permitidos por la legislación aplicable. Cualquier autorización que usted nos proporciona con respecto al uso y divulgación de su IHHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no podremos usar o divulgar su IHHI por las razones descritas en la autorización. Tenga en cuenta, estamos obligados a retener los registros de su cuidado.

De nuevo, si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o nuestra información de salud en materia de privacidad, póngase en contacto con Ryan Beck.

**Western Physical Therapy, Inc.**  
**dba**  
**Willows Physical Therapy**  
**116 S. Lassen**  
**Willows, CA 95988**  
**(530) 934-2870**

Fecha de entrada en vigor de la notificación: 1 de agosto de 2006

**RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**El formulario de reconocimiento por escrito**  
(Para los pacientes permanecen en el gráfico)

Yo, \_\_\_\_\_, han recibido o se ha ofrecido una copia de Willows  
*(Nombre del Paciente)*  
Terapia Física del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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