



FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE (Por favor Rellenar)

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ S.S.N. (Ultimos cuatro dígitos): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Telefono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Alergia conocida: _____ Fecha de la Lesion y/o Padecimiento: _____ o

Fecha de Cirugia: _____

Sexo: Masculino Femenino

Si el sexo es Femenino, esta embarazada o podria estarlo? YES NO

Ultimo periodo menstrual (si aplica): _____

Cuántas veces ha estado embarazada? _____

Numero de hijos: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

*Toda autorización debe ser firmada por el paciente o una persona autorizada en el caso de un menor o cuando el paciente es física o mentalmente incompetente.

HISTORIAL MEDICO

USTED

PADRES



	SI	NO	Si es si, especifique:
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión Alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migrana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ictus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abusa de sustancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Usa droga ilicita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Consume Alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VIH positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros Padecimientos:			_____

Certifico que la información arriba dada es correcta

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

*Toda autorización debe ser firmada por el paciente o una persona autorizada en el caso de un menor o cuando el paciente es física o mentalmente incompetente

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO



Al que suscribe se le ha informado que el tratamiento para el paciente, cuyo nombre aparece abajo, se considera necesario y que el tratamiento lo efectuaran los profesionales y empleados de la institución arriba mencionada.

Su autorización es garantía para realizar cualquier tratamiento, procedimientos, modalidades analgésicas u otras terapias alternativas que puedan ser necesarias.

Yo consiento por mí mismo la designación del médico para obtener un diagnóstico completo y la continuación del tratamiento que sea necesario.

Certifico que he leído toda la información que aparece arriba y que la comprendo, igualmente certifico que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad de los resultados que se pudieran obtener de este tratamiento.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

*Toda autorización debe ser firmada por el paciente o una persona autorizada en el caso de un menor o cuando el paciente es física o mentalmente incompetente.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD



Estos Avisos describen cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo con atención.

Estimado Paciente:

Es el deseo de **Advance Therapy Center** comunicarle que, nuestros procedimientos de práctica, están enfocados en hacer cumplir las leyes de protección y confidencialidad de la información de cada paciente, implementados acorde con la “Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud “(HIPPA por sus siglas en ingles). Su historial medico no estara innecesariamente disponible para otras personas fuera de nuestra oficina. Queremos que conozca que las políticas y los procedimientos desarrollados, son para asegurarnos que su información médica no se comparta con nadie que no la requiera.

Cómo se puede utilizar su información médica:

Usaremos y comunicaremos su información de salud ÚNICAMENTE con el propósito de brindar tratamiento, obtener pagos y realizar operaciones de atención médica para ejecutar nuestra práctica de manera más eficiente y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad, evitando su temor a que la divulgación de su información agrave su condición de salud o su seguridad.

Su información pudiera ser utilizada en programas de compensación de trabajadores (pacientes involucrados en accidentes laborales), como respuesta a ciertas solicitudes que surjan de demandas o disputas judiciales; así como según lo requiera la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (F.D.A. por sus siglas en ingles). También podría intercambiarse con otros proveedores de atención médica, actividades de pago, actividades de supervisión de la salud y otras actividades de salud pública, además de divulgaciones requeridas por la ley. Su información médica no se utilizará para otros fines a menos que lo hayamos solicitado y se nos haya otorgado un permiso por escrito de forma voluntaria.

Para proporcionar tratamiento:

Advance Therapy Center, utilizará su información médica para brindarle la mejor cura posible. Esto puede incluir procedimientos administrativos diseñados para optimizar la programación y la coordinación de su atención entre los terapeutas y las oficinas administrativas. Además, podemos compartir su información médica con los médicos que lo derivan u otro personal de atención médica que le brinde tratamiento.

Iniciales

Para obtener el pago:



Advance Therapy Center puede incluir su información de salud y documentación con una factura o formulario de reclamación para cobrarle a usted o a un tercero por el tratamiento que recibió en nuestra práctica.

Para realizar operaciones de atención médica las compañías de seguros o agencias designadas por el gobierno pueden divulgar información médica durante las auditorías como parte de sus revisiones de control de calidad y cumplimiento de la ley. Su información médica puede ser revisada durante los procesos de rutina de certificación, licencia o acreditación.

Entiendo que soy financieramente responsable de los honorarios por los servicios prestados por lo que autorizo a **Advance Therapy Center** a recibir cheques de pago directo por dichos servicios, así como a liquidar deudas contraídas por servicios, independientemente de la cobertura del seguro, si los hubiera.

Recordatorios para pacientes:

Advance Therapy Center para brindarle una atención óptima, es posible que le llamemos para recordarle su cita programada. Hablaremos con usted directamente o dejaremos un mensaje en su buzón de voz. Esta comunicación es importante para asegurarnos que reciba la atención que se merece.

En caso de que no pueda asistir a mi cita programada, es mi responsabilidad comunicarme con **Advance Therapy Center**, a más tardar veinticuatro (24) horas de la fecha y cancelar o reprogramar la cita; de lo contrario, se me cobrará una tarifa de veinticinco dólares (\$25). Además, entiendo que si no lo hago en tres (3) ocasiones consecutivas, es posible que **Advance Therapy Center** suspenda cualquier tratamiento adicional y me dé el alta.

Salud pública, seguridad y aplicación de la ley:

Es posible, para hacer cumplir la ley, que los funcionarios federales o las fuerzas del orden nos soliciten su información de salud para completar una investigación relacionada con la salud pública o la seguridad nacional.

Iniciales

Familia, amigos y cuidadores:

Advance Therapy Center solo podrá compartir su información de salud con aquellos que nos indique que lo ayudarán en casa. En el caso de una emergencia, y solo cuando sea importante, si



usted no designa una persona de contacto, usaremos nuestro mejor juicio para compartir su información médica a quienes participen en su atención.

Autorización para usar y divulgar información médica:

Aparte de lo establecido anteriormente o cuando las leyes federales, estatales o locales nos exijan, no divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito. Puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento.

Derechos del paciente:

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en su modo preferido. Puede solicitar por escrito que solo comuniquemos su información médica de manera privada, a otro miembro de la familia presente o a través de comunicaciones por correo que estén selladas. Haremos todo lo posible para cumplir con su (s) solicitud (es). Nos reservamos el derecho de rechazar una solicitud si impone una carga irrazonable a nuestra práctica.

Inspeccione y copie su información médica:

Tiene derecho a leer, revisar y copiar su información médica, incluidos su expediente y sus registros de facturación. Es posible que debamos cobrarle una tarifa extra, según los estatutos de la Florida, para duplicar y ensamblar sus copias.

Mantendremos la privacidad de su información médica y le proporcionaremos a usted y a su representante este **Aviso de nuestras prácticas de privacidad**. Estamos obligados a practicar las políticas y los procedimientos descritos en este aviso, pero tenemos el derecho de cambiar los términos del mismo. En el caso de cambiar nuestra práctica de privacidad, nos aseguraremos de que los pacientes reciban una copia del Aviso revisado.

Reconozco que he leído y/o recibido el Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

*Toda autorización debe ser firmada por el paciente o una persona autorizada en el caso de un menor o cuando el paciente es física o mentalmente incompetente.