

## Seguros Privados-Perfil del paciente

Terapia Acuática

Fecha y Hora Cita: \_\_\_\_\_

Refiriéndose Médico: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Referencia en el archivo:  Sí  No

### Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Primaria Seguros

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

**Titular de la póliza:**  igual que el paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador:

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

### Seguros Secundaria

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

**Titular de la póliza:** ( ) igual que el paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador:

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo autorizo el pago de las prestaciones médicas para el médico firmante o el proveedor de servicios prestados.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Centro de Recuperación del Dolor Crónico (CPRC)  
Terapia Aquatica**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ SS

# \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

**Entrega de información:** Yo autorizo CPRC para que libere una o toda la información adquirida en el curso de mi examen y/o tratamiento que pueda ser necesario para procesar reclamaciones de pago. También autorizo la entrega de información a otro médico o centro de salud para que el paciente pueda ser transferido o referido.

**Pacientes de Medicare:** Certifico que la información de MEDICARE dadas por mí es la correcta. Esta oficina acepta Medicare, esta información será utilizada para el fin de procesar a mis reclamos de Medicare para el pago. Entiendo que, debido a regulaciones gubernamentales, que si la cobertura de Medicare está disponible para mí, debo informar a mi médico. También entiendo, si además de Medicare, estoy cubierto por un grupo de empleadores SEGUROS DE SALUD, LA RESPONSABILIDAD, COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, o cualquier otro seguro que pueda ser responsable del pago, debo informar a esta oficina.

He leído y entendido la declaración anterior en relación con la cobertura de Medicare.

\_\_\_\_\_ MEDICARE es mi cobertura de primaria.

\_\_\_\_\_ Mi cobertura de MEDICARE es secundaria.

\_\_\_\_\_ Yo no tengo MEDICARE/HMO.

\_\_\_\_\_ Esta ES una condición relacionado con el trabajo.

\_\_\_\_\_ NO se trata de una condición relacionado con el trabajo.

\_\_\_\_\_ No tengo MEDICAID/HMO.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por lo presente autorizo el pago al ChronicPainRecovery Center de la cirugía y/o beneficios médicos, en caso, pagaderos a mí para los servicios que he recibido.

OBLIGACIÓN FINANCIERA: El firmante abajo garantiza incondicionalmente el pago total y oportuno de todos los cargos incurridos como resultados de los servicios prestados a mí durante el curso de mi tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado / Tutor

Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

Fecha

## **CENTRO DE RECUPERACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO (CPRC)**

### **Terapia Acuática**

#### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE. DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. DESPUÉS DE RECIBIR ESTE AVISO SE LE PIDE QUE USE CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE SU INFORMACIÓN COMO SE DESCRIBE.

**RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONTACTO DE FAMILIA Y AMIGOS

Las personas que están involucradas en la atención de usted (familia, amigos, otros médicos, etc.) pueden solicitar información sobre su tratamiento, resultados de laboratorio, prescripciones, etc. Por favor, háganos saber las personas que podemos compartir su información. (Nota: En situaciones de emergencia o en otras situaciones descritas en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que puede compartir información con otras personas que no están específicamente enumerados en este formulario.)

**Por favor lista las personas (como familiares, amigos, médicos tratantes anteriores, su familia, el doctor primario (PCP), y otros médicos y especialistas), con quién podemos compartir su información:**

---

---

---

---

---

**¿Cuál es el mejor número de teléfono para que nos comuniquemos con usted?**

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Qué es este número (casa, trabajo, celular, otro)? \_\_\_\_\_

De vez en cuando vamos a dejar un mensaje para usted en un contestador automático, correo de voz, o con otra persona en su ausencia. ¿Está bien dejar esos tipos de mensajes que incluirá detalles (tales como información sobre diagnósticos y medicamento) en este número? \_\_\_\_\_

**¿Qué otras formas podemos ponernos en contacto con usted? Por favor lista las formas aceptables de contactarlo.**

**Número de teléfono de casa:** \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar un mensaje detallado en este número en su ausencia? \_\_\_\_\_

**Número de Trabajo:** \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar un mensaje detallado en este número en su ausencia? \_\_\_\_\_

**Número de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar un mensaje detallado en este número en su ausencia? \_\_\_\_\_

**Otros:** \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar un mensaje detallado en este número en su ausencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o su representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

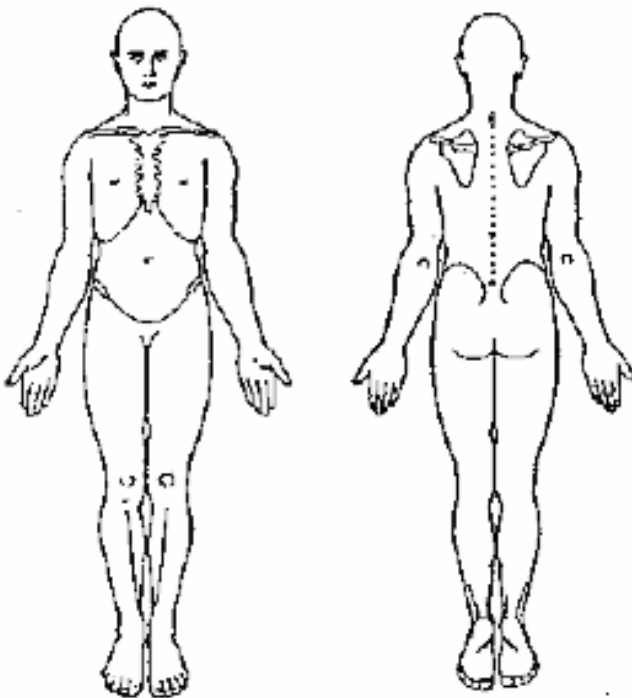
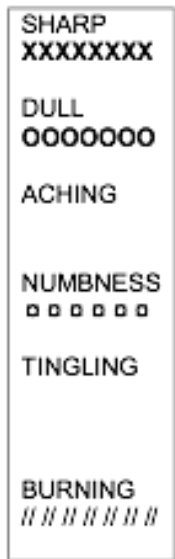
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Metido Preferido de Contacto: Numero: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
 El mejor Número para Contactarlo: \_\_\_\_\_

SINTOMAS PRESENTES: Por favor describa que lo trae a esta evaluación:

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

**¿Dónde está su dolor?** Por favor marque el diagrama en las áreas donde tiene sus síntomas:

Tipo de Dolor: (Cheque todos que se apliquen):



\_\_\_Fuerte \_\_\_Dolorido \_\_\_Ardor

\_\_\_Palpitante \_\_\_Profundo  
 \_\_\_Irradiando

\_\_\_Superficial \_\_\_Hormigueo  
 \_\_\_Entumecido

Gravedad del Dolor: (0= Nada; 10= Severo)

2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marque su nivel de su dolor actual con una 'x'

¿Si constante, la intensidad varia? \_\_\_Sí \_\_\_No Frecuencia: \_\_\_Constante \_\_\_Intermitente

¿Tiene algún miedo al agua? \_\_\_NO \_\_\_SI ¿Sabes nadar? \_\_\_SI \_\_\_NO

**¿Que influye su dolor?**

¿Qué actividades/posiciones aumentan su dolor? (Circule Uno)

Sentado/a Acostado/a De Pie Descansando Actividades Caminando Hielo Calor

¿Qué actividades/posiciones disminuir/reducen su dolor? (Circule Uno)

Sentado/a Acostado/a De Pie Descansando Actividades Caminando Hielo Calor

Por favor lista cualquier medicamentos/suplementos que usted esta tomando:

\_\_\_\_\_

Sentado/a Actividades Calor	Acostado/a Actividades Caminando	De Pie Caminando	Descansando Hielo	Sin Dificultad	Con Dificultad/ Dolor	No puede Realizar
Higiene Personal: Cabello, Bañándose , Baño						
Vistiéndose: Cierre/Botones, Parte superior del cuerpo, Parte inferior del cuerpo, Zapatos						
Quehaceres Domésticos: Alcanzar arriba, levantando/cargando, quitar polvo, aspirar, trapear, lavando						
Movilidad: Caminando, Escalones, Curvas, Inclinación, Disminución, Terreno irregular, Distancias, Sentado/a						
Preparación de Comidas- Usando el horno, Estufa, Alcanzando en nevera/congelador, Comiendo, Limpiando- lavando trastes, lavavajillas						
Transportación: Manejando, como pasajero, autobús, taxi, de compras						

Haga una lista de sus actividades de tiempo libre:(Circule las actividades afectadas por su condición)

---



---

---

¿Cuánto tiempo puede realizar las actividades antes de que empiece el dolor?

Sentado: \_\_\_\_\_ Minutos/Horas o Ilimitado

De Pie: \_\_\_\_\_ Minutos/Horas o Ilimitado

Caminado: \_\_\_\_\_ Minutos/Horas o Ilimitado

Manejando/Pasajero: \_\_\_\_\_ Minutos/Horas o Ilimitado

Levantando: \_\_\_\_\_ Minutos/Horas o Ilimitado

Historia Médica Previa:

---

---

¿Estás viendo cualquier otro proveedor para esta condición?

---

¿Quién es el medico que podemos agradecer por referirle a nuestros servicios?

---

¿Cuáles son sus metas para venir a tratamiento?

---

---

Por favor díganos algo más que le gustaría que la terapeuta sepa:

---

---