



**Información del paciente**

Apellido:	Nombre:	Medio:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Licencia de conducir #:
Empleador:	Teléfono de trabajo:	NSS:
Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Ocupación:	Estado civil: S C D V	Sexo: M H

**Información para Financieramente Responsable si no es el paciente (el paciente es menor)**

Apellido:	Nombre:	Medio:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Fecha de Nacimiento:	Licencia de conducir #:	NSS:
Empleador:	Teléfono de trabajo:	
Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Ocupación:	Estado civil: S C D V	Sexo: M H

**Suscriptores de Información de Seguros**  Igual que la información del paciente

Apellido:	Nombre:	Medio:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Fecha de Nacimiento:	Licencia de conducir #:	NSS:
Empleador:	Teléfono de trabajo:	
Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Ocupación:		

**Lesiones de Información**

Tipo de lesión:	<i>Trabajo</i>	<i>Deporte</i>	<i>Accidente</i>	<i>Enfermedad:</i>	Otros:
Condición:	Fecha de inicio:				
Refiriéndose Doctor:					Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:			
Médico de cabecera:					Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:			

## PACIENTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### Información de Seguros Privados

Primaria de Seguros:	Dirección:	
Ciudad:	Estado/Código Postal:	Teléfono:
Política #:	Grupo #:	Relación con el Asegurado:
Secundaria de Seguros:	Dirección:	
Ciudad:	Estado/Código Postal:	Teléfono:
Política #:	Grupo #:	Relación con el Asegurado:

### Compensación de trabajadores de la información

Transportista:	Dirección:	
Ciudad:	Estado/Código Postal:	
Claim #:		Lesiones Fecha:
Ajustador:	Teléfono:	Fax:
Administrador de Casos:	Teléfono:	Fax:
Empleadores al momento de la lesión:		

### Información del abogado

Nombre:	Teléfono:	Fax:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:

### Información de contacto de emergencia

Apellido:	Nombre:	Relación:
Dirección:	Ciudad:	Estado/Código Postal:
Home Teléfono:	Cell Teléfono:	Work Teléfono:

**Autorización para divulgar información:** Por la presente autorizo Génesis Terapia Física a proporcionar información únicamente a las compañías de seguros, en referencia y médicos de familia y el Departamento de Seguros de California acerca de mi condición y los tratamientos prestados.

**Asignación de Beneficios:** Por la presente autorizo que los beneficios de seguro para mi tratamiento que de otro modo pagadero a mí, que se abonará directamente a Génesis Terapia Física.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Información sobre el pago y Rehabilitación del contrato



Bienvenido a la terapia física Génesis! Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para revisar nuestros procedimientos de facturación y de pago con usted. Estaremos encantados de discutir sus propuestas de atención y responder a cualquier pregunta que pueda tener en relación a su tratamiento y cobertura de seguro antes de comenzar la terapia. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible, y estamos ansiosos por ayudarlo a recibir la cantidad máxima de la prestación de cualquier cobertura de seguro que usted tiene. Sin embargo, su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Puesto que no son parte en ese contrato, nuestra relación es con usted. Por lo tanto, por favor, tómese su tiempo en la lectura a través de nuestras políticas de facturación a continuación. Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus obligaciones financieras de su cuidado, por favor, háganoslo saber para que podamos ayudarlo.

## Seguros Privados

1. Usted se compromete a ser responsable de todos nuestros cargos, incluso si tiene seguro. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestras tarifas para su cuidado, por favor, háganoslo saber antes de continuar sus tratamientos.
2. Génesis Terapia Física se factura a su compañía de seguros por toda su atención sólo una vez como muestra de cortesía, y usted se compromete a ceder los beneficios de seguro por su tratamiento de otro modo pagadero a usted para venir directamente a Génesis Terapia Física. Génesis Terapia Física podrán exigir que las facturas repetidas o informes requeridos por su compañía de seguros ya sea a su cargo, o se puede hacer por Génesis Terapia Física por un módico precio. Génesis Terapia Física le enviará por correo una declaración detallada que le mensuales, incluso si son de facturación de su seguro para usted. Después de su deducible, usted entiende que el Génesis Terapia Física sólo esperar hasta 90 días después de la fecha de la notificación de su compañía de seguros a pagar directamente los beneficios de seguro que usted puede ser debido. Después de 90 días, usted se compromete a pagar el saldo pendiente a Génesis Terapia Física y luego perseguir el reembolso de su compañía de seguros a partir de entonces. Usted se compromete a pagar cualquier porción de su factura no cubiertos por su seguro después de recibir su estado de cuenta cada mes.
3. Usted entiende que el Génesis Terapia Física no aceptará la responsabilidad por el cobro de su crédito de seguro, o negociar una solución para usted, si surge una controversia entre usted y su compañía de seguros. Si dicha controversia surja, se compromete a pagar el saldo pendiente a Génesis Terapia Física y luego perseguir el reembolso de su compañía de seguros a partir de entonces.
4. Si su cuenta se convierte en 90 días de mora, y no se han hecho arreglos satisfactorios con la oficina de negocios, usted se compromete a pagar un cargo por servicios administrativos de 1 ½% mensual (TAE del 18%) sobre los saldos pendientes de pago después de 90 días.
5. Si alguna acción legal tomada por Genesis Terapia Física para cobrar el saldo adeudado en su cuenta, usted se compromete a pagar los honorarios del abogado Génesis Terapia Física y de los costos.

## Compensación a los Trabajadores

Vamos a obtener la autorización para tratar de compañía de seguros de su empleador antes de comenzar el tratamiento. Usted es responsable de hacer y mantener sus propias citas. Los transportistas serán notificados de citas perdidas. (ver Todos los pacientes más adelante). Si usted no puede hacer ni las citas programadas, su tratamiento será interrumpido.

## Facturación de terceros, embargos y asuntos legales

Facturación por terceros y los gravámenes son aceptados en una base de caso por caso solamente. Modalidades de pago debe ser hecho con nosotros antes de comenzar su tratamiento.

## HMO Seguros

Vamos a obtener la autorización para tratar de su compañía de seguros antes de comenzar el tratamiento. Los informes mensuales de su progreso se presentará a su médico, la compañía de seguros. Usted es responsable de hacer y mantener sus propias citas. (ver Todos los pacientes más adelante). Si usted no puede hacer ni las citas programadas, su tratamiento será interrumpido.

## Medicare

1. Génesis Terapia Física ha sido aprobado como proveedor oficial de Medicare. Esto significa que facturar a Medicare para usted, estamos de acuerdo con las tarifas de Medicare y Medicare le enviará sus beneficios directamente a nosotros. Usted se compromete a ser responsable de cualquier deducible, co-pagos u otros cargos o artículos o servicios denegados por Medicare.
2. Si usted tiene una póliza de seguro suplementario además de Medicare, que también cuenta dicha compañía para usted, pero no hasta después de que Medicare primero nos envía su porción de sus beneficios.
3. Medicare requiere que usted visite a su médico de referencia y obtener una nueva receta para el tratamiento cada 30 días.
4. Hay algunos artículos y servicios que no son los beneficios de Medicare y Medicare no pagará por ellos. Medicare también ha determinado que la rehabilitación no es cubierto por algunas condiciones, incluso si está prescrito por su médico. Cuando usted recibe un artículo o servicio no se trata de un beneficio de Medicare, usted es responsable de pagarnos, ya sea personalmente oa través de cualquier otro seguro que pueda tener. Estos artículos y servicios se describen en un formulario aparte titulado "Aviso de Exclusiones de Beneficios de Medicare". Si usted tiene alguna pregunta acerca de si desea o no recibir estos servicios o productos, por favor, nos piden.
5. Lo general, Medicare pagará por un cierto número de visitas por el diagnóstico antes de comenzar a revisar sus demandas de necesidad médica. Estos límites son suficientes para el tratamiento de muchas condiciones de rutina. Si usted llega a los límites establecidos en las directrices generales publicadas por Medicare y usted, su terapeuta y su médico de acuerdo en que es necesario continuar el tratamiento con el fin de completar su rehabilitación, en ese momento se le pedirá que firme avance de Medicare Beneficiario para que podemos hacer unas disposiciones financieras especiales con usted. Si bien las políticas de seguro de secundaria a menudo pagan el 20% co-pago no cubiertos por Medicare, la mayoría de las compañías de seguros complementarios no ofrecer cobertura adicional más allá de lo que Medicare considera médicamente necesario.
6. Usted entiende que el Génesis Terapia Física no aceptará la responsabilidad por el cobro de su reclamación de seguro de secundaria o complementaria, o para negociar una solución para usted, si surge una controversia entre usted y su compañía de seguro secundario. Si se presentase una disputa ocurre, usted se compromete a pagar el saldo pendiente a Génesis Terapia Física y luego perseguir el reembolso de su compañía de seguro de secundario a partir de entonces.
7. Si su cuenta se convierte en 90 días de mora, y no se han hecho arreglos satisfactorios con la oficina de negocios, usted se compromete a pagar un cargo por servicios administrativos de 1 ½% mensual (TAE del 18%) sobre los saldos pendientes de pago después de 90 días.
8. Si alguna acción legal tomada por Genesis Terapia Física para cobrar el saldo adeudado en su cuenta, usted se compromete a pagar honorarios de abogado razonables Génesis Terapia Física y de los costos.

## Todos los pacientes

1. Nos complace que le permite programar su tiempo de tratamiento por adelantado, si así lo desea. Si usted encuentra que usted no puede asistir a una cita, por favor, avisenos por lo menos 24 horas de antelación. Nos reservamos el derecho a cobrarle a usted si usted no puede asistir a una cita pre-programada, de si se cancela con menos de 24 horas, excepto en los casos de verdadera emergencia o enfermedad. Nuestra tarifa habitual de \$ 25.00 se le cobrará a su cuenta para una cita rota pre-programado. Dado que las compañías de seguros y previsión social no pagar por citas roto, usted está de acuerdo que estos cargos serán de su exclusiva responsabilidad
2. Suministros médicos. Algunas compañías de seguros cubren el equipo médico duradero, pero muchos no lo hacen, ni pagar por los suministros médicos de rutina. Por lo tanto, pedimos el pago de los suministros médicos que se utilizan como parte de su tratamiento en el día de su expedición. También le pedirá que pagar por artículos de la orden especial de antemano.
3. Todos los co-pagos de seguros y / o deducibles son debidos en el momento de la visita antes del tratamiento.
4. Usted es responsable de que nos lo comunique inmediatamente cualquier cambio que hizo a su plan de seguro de salud. Si no lo hace, usted se compromete a ser responsable de todos nuestros gastos que no están cubiertos por su seguro, incluso si tiene seguro. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestras tarifas para su cuidado, por favor, háganoslo saber antes de continuar sus tratamientos.

**He leído, entiendo y estoy de acuerdo con los procedimientos de pago más arriba. He recibido una copia de este contrato, y estoy de acuerdo que una copia fotostática o facsímil de este documento es válida como el original.**

---

Paciente / Garante

---

Fecha

# AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADO O REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.



## OCOMPROMISO UR PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA Y PERSONAL

Génesis Terapia Física se compromete a proteger la privacidad de su información médica y personal. Esto incluye información que puede ser utilizada para identificar que creamos. También incluye información que recibimos acerca de su salud pasada, presente o futuro, la asistencia sanitaria que ha recibido, o el pago por este cuidado de la salud. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica y debe proporcionarle este aviso que explica cómo, cuándo y por qué usar y revelar información médica acerca de usted. Con algunas excepciones, no puede utilizar y revelar más de su información médica que sea necesario para lograr el propósito del uso o divulgación. Su médico o cualquier otra información personal no se revelará de ninguna manera a ningún tercero, excepto como se describe en este aviso.

## CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

### Usos y divulgaciones sin autorización

Para el tratamiento. Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, estudiantes de medicina, terapia física u ocupacional, y otros profesionales de la salud que le proporcionará los servicios de salud o están involucrados en su cuidado.

Para el pago. Podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted con el fin de facturar y cobrar pagos por el tratamiento y los servicios que le ofrecemos. Por ejemplo, podemos necesitar dar información a su compañía de seguros en cuanto al tratamiento que recibió, por lo que pagará por su cuidado. También puede contactar a su compañía de seguros para obtener la aprobación previa de tratamiento que usted va a recibir o para determinar si está cubierto por su plan.

También podemos dar información médica sobre usted a nuestros socios de negocios, tales como compañías de facturación, procesamiento de reclamaciones las empresas, y otros que procesar nuestros reclamos de atención de salud. Exigimos a estos socios de negocios para proteger adecuadamente la privacidad de su información y no revelarla a nadie más.

También podemos proporcionar información a otros proveedores de atención médica que le han tratado o prestado servicios a usted para que nos ayude o en obtener el pago.

Para operaciones de atención médica. Podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted para operaciones de cuidado de la salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para operar Génesis Terapia Física, y para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica con el fin de evaluar la calidad de los servicios de salud que usted recibió o para evaluar el desempeño de los profesionales de la salud que prestan servicios de salud para usted. También podemos revelar información médica acerca de usted a otro médico o plan de salud con la que usted tiene una relación de cosas tales como la garantía de calidad y manejo de casos. También podemos dar información médica sobre usted a nuestros socios de negocios, abogados, consultores, y otros para asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes que nos afectan. Se requiere que estos socios de negocios debidamente salvaguardar la privacidad de su información.

Recordatorios de citas y servicios. Podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted para recordarle sus citas o resultados de la prueba.

Productos relacionados con la salud y servicios. Podemos utilizar y revelar información médica sobre usted para informarle acerca de productos relacionados con la salud o servicios necesarios para su tratamiento, para informarle de nuevos productos y servicios que ofrecemos, para proporcionar la salud en general, la aptitud y la información de salud.

Los individuos involucrados en su cuidado o pago por su cuidado. Podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted a un familiar, amigo u otra persona que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado de salud. Podemos revelar información médica acerca de usted a una organización que presta asistencia en los esfuerzos de alivio de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación. Usted tiene el derecho durante el registro para restringir la información que se proporciona y / o para quién.

Como lo requiere la ley. Vamos a revelar información sobre usted cuando sea requerido para ello por autoridades federales, estatales o locales. Por ejemplo, hacemos divulgaciones cuando una ley requiere que reportar información a agencias del gobierno y personal de aplicación de la ley sobre las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, cuando se trata de heridas de bala, para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos, o para notificar a las personas de revocaciones de productos que puedan estar usando.

Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad. Podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y la seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza o disminuir ese daño.

Demandas y Disputas. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos utilizar y revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación judicial o administrativa ordenada o petición de descubrimiento, pero sólo después de que se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud.

Actividades de salud pública. Podemos revelar información médica acerca de usted para actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos proporcionar información sobre diversas enfermedades como lo requiere la ley.

Actividades de Vigilancia de la Salud. Podemos revelar información médica a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Los menores de edad. Podemos revelar información médica acerca de los menores a sus padres o tutores legales. Sin embargo, en los casos en que la ley de California permite a los menores a consentir a su propio tratamiento, la información no se dará a conocer a los padres del menor sin el consentimiento del menor no ser que expresamente permitido por la ley de California.

Compensación para Trabajadores. Podemos revelar información médica sobre usted para compensación de trabajadores u organismos similares como sea necesario para determinar si usted es elegible para beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo o enfermedad.

Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar información médica acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras. También podemos revelar información médica al Departamento de Asuntos de los Veteranos en su separación o absolución del servicio militar. Este acceso puede ser necesario para determinar si son elegibles para ciertos beneficios.

Los empleadores. Podemos revelar información médica acerca de usted a su empleador si le proporcionamos los servicios de salud a usted, a petición de su empleador, y los servicios de atención de salud se prestan en el 1) para llevar a cabo una evaluación relativa a un examen médico de su lugar de trabajo, o 2) para determinar el alcance de su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. En tales circunstancias, le daremos una notificación escrita de dicha liberación de información a su empleador. Cualquier otra información a su empleador se hará sólo si usted firma una autorización específica para la liberación de esa información a su empleador.

Nacional de Seguridad e Inteligencia. Podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted para fines de seguridad nacional, tales como la protección del Presidente de los Estados Unidos, o jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo operaciones de inteligencia.

### **Usos y divulgaciones que requieren autorización**

Otros usos y divulgaciones de información médica. Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con el permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o revelar información médica acerca de usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, ya no podremos usar o revelar información médica acerca de usted por las razones cubiertas por su autorización escrita, sin embargo, no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso previo.

VIH / SIDA. Uso y divulgación de cualquier información médica sobre usted en relación con las pruebas del VIH, el estado de VIH o SIDA, está protegida por leyes federales y estatales. Por lo general, una autorización que debe obtenerse para la divulgación de dicha información, sin embargo la ley del Estado puede permitir la divulgación de información para fines de salud pública.

## **LO QUE USTED TIENE DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

El derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de la información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Por lo general, esto incluye expedientes médicos y de facturación. Le responderemos en el plazo de 30 días de recibir su solicitud por escrito, o dentro de 60 días si los registros no se encuentran en los locales. Le notificaremos por escrito si se necesitará más tiempo para nosotros de responder.

Para inspeccionar y recibir una copia de la información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted, puede comunicarse con la persona indicada a continuación por escrito. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros y servicios relacionados con su solicitud.

Podemos negar su petición en ciertas situaciones limitadas, como cuando la investigación está en curso. Si lo hacemos, le avisaremos por escrito en forma oportuna acerca de nuestras razones para la negación y la información sobre cómo usted puede tener la negación sea revisada. Nosotros cumpliremos con el resultado de dicha revisión.

El derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted no puede limitar los usos y revelaciones que tienen la obligación legal o permitido hacer. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que revelamos acerca de usted a alguien que esté involucrado en su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía que usted tuvo. Para solicitar restricciones sobre el uso o la divulgación de su información médica, usted puede hacerlo en el momento de registrarse, o en cualquier momento poniéndose en contacto por debajo de la persona. Su solicitud debe incluir: 1) qué información desea limitar, 2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos, y 3) a quién quiere que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). Una acordado previamente a la restricción puede ser terminado por usted o por Génesis Terapia Física por escrito. Si terminamos la restricción, sólo podemos usar o revelar información médica que crear u obtener después de la restricción se elimina.

Nosotros podemos negar su petición. Génesis Terapia Física examinará cualquier petición de limitar la divulgación de su información relacionada con la salud sobre una base caso por caso. No vamos a tratar hasta que esta revisión se ha hecho y hemos convenido en la solicitud. Si estamos de acuerdo con su petición, nosotros cumpliremos con ella a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

El derecho a enmendar. Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted tiene el derecho de solicitar que se corrija la información existente o agregar la información faltante. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea mantenida por Genesis Terapia Física. Para solicitar una enmienda, debe presentar la solicitud por escrito junto con el motivo de la solicitud a la persona indicada a continuación. Le responderemos dentro de 60 días de su solicitud. Podemos negar su petición para una enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos denegar su petición si la información médica es: 1) correcta y completa, no 2) creada por nosotros, 3) no se les permite ser revelada, o 4) no) parte de nuestros registros. Nuestro rechazo por escrito indicando los motivos de la denegación y explicar su derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo con la negación. Si usted presenta una declaración escrita de desacuerdo, usted tiene el derecho de pedir que su solicitud y nuestra negativa se adjunten a todas las futuras revelaciones de su información médica personal. Si aprobamos su solicitud, hará el cambio a su información personal de salud, le dirá que lo hemos hecho, y decirle a otros que necesitan saber sobre el cambio en su información médica personal.

El derecho a la Contabilidad de Revelaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de revelaciones". Esta es una lista de casos en los que hemos revelado información médica acerca de usted, con ciertas excepciones específicamente definidos por la ley. La lista no incluye ciertos usos o revelaciones, como los que se han autorizado y los que se lo permita, como las realizadas para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, directamente a usted oa su familia. Para solicitar esta contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito a la persona indicada a continuación.

Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser superior a seis años, y no puede incluir fechas antes de abril 14, 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será libre de cargo. Listas posteriores en el mismo año incurrirá en un cargo por el costo de proveer la lista. Usted puede optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir costos. Le responderemos dentro de 60 días de recibir su solicitud. Nosotros le notificaremos por escrito si es necesario un plazo adicional de 30 días para responder. La lista que le proporcionará incluirá la fecha de cada revelación aplicables, a los que la información fue revelada (incluyendo su dirección, si se conoce), una descripción de la información divulgada, y el motivo de la divulgación.

El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho a solicitar que le enviemos la información a usted a una dirección alternativa (por ejemplo, si usted quiere recordarle sus citas no deben ser dejados en un contestador automático o si desea información enviada a su dirección de trabajo en lugar de su domicilio). Estaremos de acuerdo a todas las solicitudes razonables mientras que fácilmente puede proporcionar en el formato solicitado. Para solicitar que la información médica será enviado a una dirección alternativa o por otros medios, póngase en contacto por debajo de la persona.

El derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con la persona indicada abajo.

## **PREOCUPACIONES Y QUEJAS**

Si usted cree que hemos violado sus derechos con respecto a su información médica, usted puede presentar una queja por escrito a la persona que aparece a continuación. Usted también puede enviar una queja por escrito a los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos de un plazo de 180 días a partir de una supuesta violación de sus derechos. Usted no será penalizado por presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad. Usted no tendrá que renunciar a este derecho como condición de tratamiento.

Para más información sobre las prácticas de Génesis Terapia Física de información de salud o si usted tiene una queja, por favor contacte con nuestro Director de Administración, CP Caja 1448, Simi Valley, CA 93062, teléfono (805) 583.9575 o Fax (805) 583.9578.

## **CAMBIOS**

Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este Aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer el aviso revisado o cambiado para la información médica que ya tenemos sobre usted así como cualquier información que recibamos en el futuro.

## **Ley de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA) CONSENTIMIENTO**

Doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) de Genesis Terapia Física con el fin de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica \*. He leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo que tengo derecho a revisarlo antes de firmar este documento.

### **ENTIENDO:**

- Servicio que me puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.
- Tengo el derecho de solicitar ciertas restricciones en cuanto a cómo mi PHI es utilizar y comunicar a llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica de la práctica. Génesis Terapia Física no está obligado a aceptar las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si Génesis Terapia Física está de acuerdo con una restricción que yo pida, la restricción es vinculante sobre el Génesis Terapia Física.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Génesis Terapia Física ha tomado acción basada en mi consentimiento.
- Mi ISP es la información de salud, incluyendo información demográfica, por mí, y ha creado o recibido por mi médico, otro profesional de la salud, un plan de salud, y un centro de atención de salud. Este ISP se refiere a mi salud física o mental pasada, presente o futuro y me identifica, o bien, existe una base razonable para creer que la información puede identificar.

**EL AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN PACIENTE DESCRIBE:**

- Los tipos de usos y revelaciones de mi información médica protegida que se produzcan en mi tratamiento, el pago de mis cuentas, o en el desempeño de las operaciones de atención de la salud realizadas por Génesis Terapia Física.
- Mis derechos y los deberes de Génesis Terapia Física con respecto a mi ISP

**POR FAVOR ESTA FORMA COMPLETA CORREO O FAX A:**

Administration Director  
Genesis Physical Therapy  
P.O. Box 1448  
Simi Valley, CA 93062 Fax (805) 583-9578

Génesis Terapia Física se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad. El presente aviso se pueden obtener poniéndose en contacto por encima de la persona.

---

Nombre del paciente

---

Firma del paciente

Fecha

\* El tratamiento incluye las actividades realizadas por un proveedor de cuidado de la salud, personal de oficina, y otros tipos de profesionales de la salud que prestan atención a usted, para coordinar su atención con terceros, y las consultas con y entre otros proveedores de atención médica. El pago incluye las actividades necesarias para determinar su elegibilidad para seguro de salud, la facturación y el pago que reciben por sus reclamos de beneficios de salud, y actividades de gestión de la utilización que puede incluir la revisión de los servicios de atención de salud para la necesidad médica, la justificación de gastos, pre-certificación y pre-autorización. Operaciones de atención médica incluye las funciones administrativas y de negocios de nuestra práctica.

# Cuestionario de Salud Historia



Bienvenido a la terapia física Génesis! Por favor, tómese unos minutos para hacernos saber por qué estás aquí, ya que nos ayudará a desarrollar un plan de tratamiento para usted que se adapte a sus necesidades individuales. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, por favor deje que el artículo en blanco y pedir al terapeuta para pedir ayuda.

- | 1. ¿Ha tenido alguna vez:      | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Problemas del corazón?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Problemas circulatorios?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Nervio/Problemas Sensación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mareos?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Presión arterial alta?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Diabetes?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cáncer?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. La hepatitis A,B or C?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. VIH / SIDA?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Otra enfermedad grave?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Está usted o podría estar embarazada?

3. ¿Está tomando algún medicamento?    
(Por favor enumere los medicamentos)

---

---

---

---

4. Cualquier exámenes médicos, rayos X, MRI?

---

---

---

5. ¿Cómo calificaría su salud?

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Fera
- Pobres

6. En comparación con hace un año, cómo calificaría usted su salud en general ahora?

- Mucho mejor que hace un año
- Un poco mejor que hace un año
- Acerca de la misma
- Algo peor que hace un año
- Mucho peor que hace un año

7. ¿Qué tipo de ejercicio que estás haciendo?

---

---

---

---

8. Lista de aficiones o actividades de ocio

---

---

---

9. Evalúe su dolor en una escala de 1-10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es muy grave / debilitante:

- \_\_\_\_\_ Ahora
- \_\_\_\_\_ Mejor
- \_\_\_\_\_ Peor

10. Evalúe su nivel de estrés en las últimas 4 semanas, donde 0 es ninguna tensión y 10 es la alta tensión:

---

11. Describir las áreas que usted ha visto una disminución desde su enfermedad más reciente. (es decir, comer, bañarse, caminar, subir y bajar de las sillas, etc)

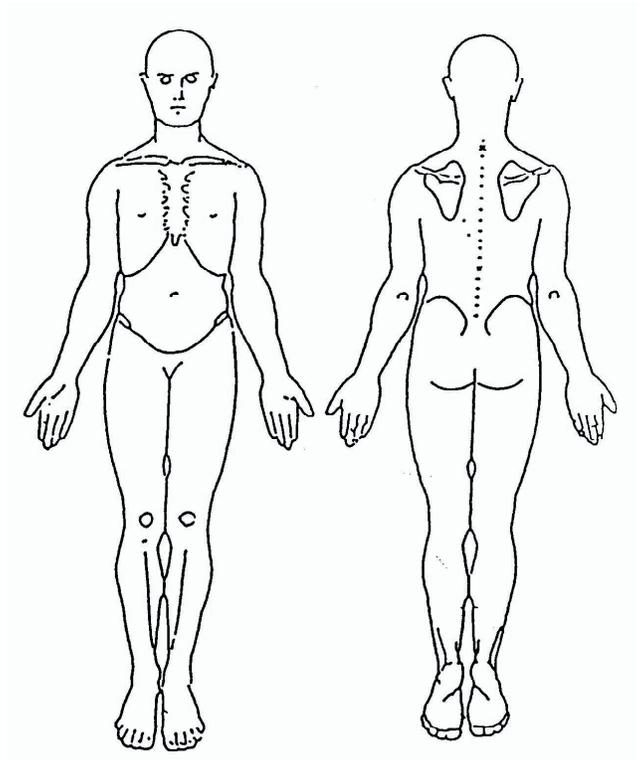
---

---

---

---

12. En el diagrama de abajo, por favor sombra en la zona de su cuerpo que usted tiene dolor, entumecimiento y / u hormigueo. Describa el dolor (es decir, ardor, dolor agudo, sordo) junto a la zona sombreada.



13. Completa esta sección si el trabajo es la zona más afectada por esta discapacidad física actual.

Título del empleo: \_\_\_\_\_

Horario programado para trabajar por día: \_\_\_\_\_ Por semana: \_\_\_\_\_

Descripción general de empleo: \_\_\_\_\_

Las tareas específicas de trabajo - ¿Qué tipo de tareas físicas específicas que son necesarias para hacer? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**La atención de pacientes de Medicare**

*Medicare no cubre el servicio de salud en el hogar al mismo tiempo con el tratamiento ambulatorio. Por esta razón, necesitamos que usted conteste las siguientes preguntas si ha tenido recientemente Salud en el Hogar de cualquier tipo:*

1. ¿Ha tenido recientemente una cirugía para el daño actual, síntoma que usted está aquí para la terapia física?       Sí       No

2. ¿Ha tenido alguna Servicios de Salud en los últimos seis (6) meses?

Sí       No

En caso afirmativo, ¿Cuántas visitas? \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

3. Nombre de la Agencia de Salud en el Hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

***Nota: Si usted comienza a Servicios de Salud de cualquier tipo durante el tratamiento del Génesis Terapia Física, es SU responsabilidad que nos lo comunique lo antes posible y su tratamiento con Génesis Terapia Física se suspenderá hasta que recibamos una notificación de alta de su Casa de Salud Servicio de Agencia.***

***Por la presente declaro que la información sea correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento y habilidades.***

\_\_\_\_\_  
Paciente / Garante

\_\_\_\_\_  
Fecha