



# NUEVO FORMULARIO DE CLIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Media: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si diferente): \_\_\_\_\_

Sexo: M / F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Prefiere mensajes de texto o correo electrónico recordatorios de sus próximas visitas?

Mensaje de texto (Completé el número de teléfono celular de arriba) \_\_\_\_\_

Proveedor de telefonía celular: AT & T / Verizon / Cingular / T-Mobile / Virgin Mobile / Otros: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Completé la dirección de correo electrónico arriba)

### ¿Como supiste de nosotros?

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> televisión           | <input type="checkbox"/> redes sociales   | <input type="checkbox"/> evento comunitario     | <input type="checkbox"/> acceso directo | <input type="checkbox"/> salud seguro        |
| <input type="checkbox"/> radio                | <input type="checkbox"/> sitio web        | <input type="checkbox"/> páginas amarillas      | <input type="checkbox"/> amigo/familia  | <input type="checkbox"/> médico remitente    |
| <input type="checkbox"/> correo electrónico   | <input type="checkbox"/> repaso sitio web | <input type="checkbox"/> entrenamiento Atletico | <input type="checkbox"/> empleador      | <input type="checkbox"/> autorreferencia     |
| <input type="checkbox"/> búsqueda en internet | <input type="checkbox"/> anuncio impreso  | <input type="checkbox"/> gimnasio               | <input type="checkbox"/> personal       | <input type="checkbox"/> cliente que regresa |
| <input type="checkbox"/> otro: _____          |   |   |   |  |

¿Ha tenido terapia física / terapia del habla / tratamiento quiropráctico bajo este reclamo?  Sí  No

¿Donde? \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente o ha tenido en los últimos 6 meses cuidado de salud en el hogar?  Sí  No

¿Donde? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN DEL EMPLEADOR/TRABAJADOR

Empleado en cuando se lastimó: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleado Dirección: \_\_\_\_\_

¿Tiene un abogado? Sí / No Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Abogada Dirección: \_\_\_\_\_

Compensación del seguro del trabajador: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL GARANTE

Si el paciente es un **MENOR**, proporcione la siguiente información como garante de su cuenta:

Nombre del Garante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Cliente / Guarda Partido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Política de la Oficina / Acuso De Recibo De La Notificación De Prácticas De Privacidad

**POLÍTICA FINANCIERA:** Si usted es un paciente de compensación para trabajadores, es nuestra política facturarle a su empleador o al proveedor de servicios de compensación para trabajadores por los servicios prestados. Si está cubierto por la compensación de trabajadores, aceptaremos los pagos de la aseguradora de compensación de trabajadores según las tarifas contratadas según el programa de tarifas estatales obligatorio. Si su reclamación es rechazada por la compensación de los trabajadores, usted será responsable del saldo adeudado. Es su responsabilidad proporcionarnos la información de su empleador, incluida su aseguradora de compensación de trabajadores y su compañía de seguros.

**CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO O TRATAMIENTO:** Su médico completará una evaluación y / o visitas de seguimiento mediante examen y entrevista en la clínica o mediante tecnología de audio y video síncrono (telesalud). Su programa de tratamiento individual se diseñará y ajustará según sea necesario y se pueden utilizar una variedad de técnicas de tratamiento. Independientemente del tipo de visita, el medio de tratamiento cumplirá con HIPAA, el paciente y / o proveedor tiene el derecho de detener la sesión de tratamiento por cualquier motivo en cualquier momento, y un proceso de queja formal está disponible para que el paciente informe cualquier problema con su experiencia. Yo, el abajo firmante, acepto y doy mi consentimiento para que **Movement For Life Physical Therapy** brinde atención y tratamiento en una clínica o medio de telesalud que se considere necesario y adecuado para evaluar o tratar mi condición física.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD:** Como padre y/o guarda legal, autorizo **Movement For Life Physical Therapy** para tratar \_\_\_\_\_ (el nombre del menor de edad).

- El menor nombrado podrá asistir a las visitas sin supervisión después de la evaluación inicial y puede firmar su/ella misma en cada cita. Las Citas De telesalud no pueden ser completadas independientemente por un menor, un padre /tutor debe estar presente durante toda la visita. \_\_\_\_\_ (Padre/guardian inicial)

**ASIGNACIÓN DE LAS BENEFICIOS DE SEGURO:** Autorizo por este medio **Movement For Life Physical Therapy** para suministrar la información a los portadores de seguro referentes a este tratamiento y asigno por este medio todo el pago para los servicios hechos.

**DEMANDAS DE LA REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES'(Workers' Compensation):** Si reclama ventajas de la remuneración de trabajadores y después las ventajas están negadas, puede ser detenido responsable por tales ventajas por la cantidad total de cargas para los servicios hechos.

**CANCELACIÓN; POLÍTICA DE LA AUSENCIA:** Requerimos un aviso de 24 horas en caso de cancelación. Las reclamaciones de compensación para trabajadores requieren que informemos las visitas perdidas de fisioterapia que se producen sin notificación; varias citas perdidas pueden dar lugar a una autorización revocada.

**ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Al firmar este formulario, usted es responsable del recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Movement for Life clinics. Nuestra Notificación proporciona información sobre cómo podemos usar y revelar la información médica que mantenemos sobre usted. Le recomendamos a leer nuestra Notificación completa. Si usted tiene cualquier pregunta sobre nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad que nuestro personal en la sección de registro no pueda contestar, por favor póngase en contacto con nuestra Oficina Privacidad al 805-788-0805 ó en el 1106 Walnut Street, #110, San Luis Obispo, CA 93401.

\_\_\_\_\_  
**CLIENTE / GUARDA PARTIDO**

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

\_\_\_\_\_  
**IMPRIMIR POR FAVOR EL NOMBRE**

\_\_\_\_\_  
**(Relación con el cliente: self, guardián)**

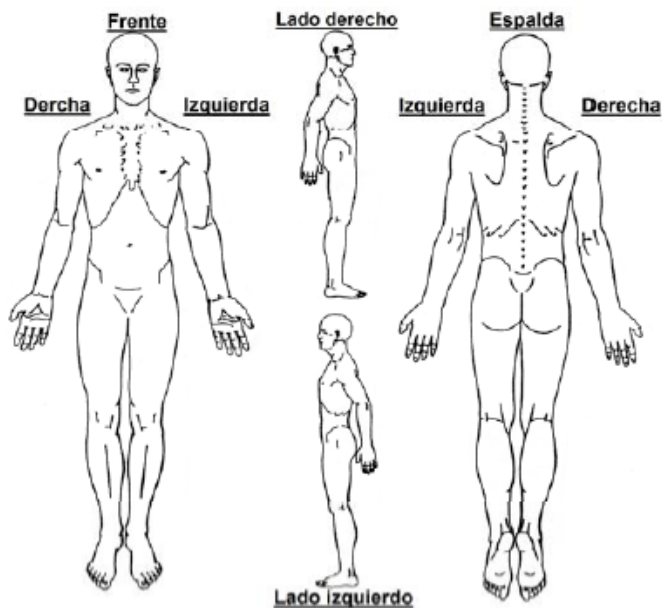


# Medical Screening Form

Nombre: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

## CONDICIÓN ACTUALMENTE:

Por Favor, use los símbolos de estas señalar la ubicación de síntomas: ^^^ Entumecimiento | \*\*\* Pernos y Agujas | /// Dolor



¿Cuándo/Como ocurrieron estos síntomas? Fecha \_\_\_\_\_

Gradualmente  Repentinamente  Herida

Por favor, describa: \_\_\_\_\_

Mis síntomas están:  Major  Casi Igual  Peor

¿Has tenido este problema antes?  YES  NO

Si es así, ¿Cómo se trató el problema y ayudó? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido estudios hechos para este problema?

(radiografías, MRI, etc)?  YES  NO

¿Cuáles son sus metas para terapia física?:

## Actualmente, estoy experimentando el siguiente (circundar todos que apliquen):

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vértigos  | <input type="checkbox"/> Dolor en la noche              | <input type="checkbox"/> La náusea/el vomitar       | <input type="checkbox"/> Fatiga > 2-4 semanas o debilidad generalizada |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                                 | <input type="checkbox"/> La pérdida de peso inexplicada | <input type="checkbox"/> Brevedad de la respiración | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad que tragar                             | <input type="checkbox"/> La depresión                   | <input type="checkbox"/> Cambios en apetito         |  |
| <input type="checkbox"/> Cambos en la función del intestine o de la vejiga | <input type="checkbox"/> La fiebre/las frialdades/suda  | <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo |  |

¿Durante el ultimo mes, ha sintiendo deprimido, presionado o desesperado?  SÍ  NO

¿Durante el último mes, ha tenido poco interés o placer en hacer actividades de diversión?  SÍ  NO

¿Se ha caído en los últimos 12 meses?  Sí  No Si es así, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICO:

### Circula cualquier condición que tengas o has tenido:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta tension arterial                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón  | <input type="checkbox"/> Historia de coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Angina                             |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca  | <input type="checkbox"/> Artritis                        | <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación/sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado  | <input type="checkbox"/> Asma / alergias                 | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer –Tipo _____, Tratamiento _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Marcapasos                      | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia                       |

¿Eres alérgico al látex?  SÍ  NO

¿Fumas?  SÍ, cantidad/por día \_\_\_\_\_  NO

¿Tu bebes?  SÍ, cantidad/por día \_\_\_\_\_  NO

¿Estás embarazada?  SÍ  NO

¿Alérgico a los esteroides?  SÍ  NO

¿Usas marihuana/CBD?  SÍ  NO

¿Estás tomando medicaciones?  SÍ  NO

En caso afirmativo, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente. Por favor, incluya la dosis / frecuencia o proporcione una lista: (Si es necesario, puede suministrarse un registro complete de medicamentos)

Por favor enumere cualquier condición médica y cirugías pasadas con fechas que no se hayan documentado anteriormente:



Attention: Medical Records  
1106 Walnut Street, #110  
San Luis Obispo, CA 93401  
Phone: (866) 387-7778

Email: recordsrequests@movementforlife.com

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

No se requiere autorización para el uso o divulgación de información relacionada con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica o si lo requiere la ley o reglas

**(1) Nombre Impreso del Cliente:**

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Inicial

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(2) Sólo revelaremos la información médica protegida que usted autoriza para ser liberados. Marque sólo una casilla para decirnos qué información podemos divulgar / release:**

- No divulgar cualquier información que no sea para tratamiento o pago (saltar #'s 3, 4 y 5)  
 La información limitada (complete todas las secciones)

**(3) Complete sólo si se ha seleccionado "información limitada". Escriba sus iniciales en lo que corresponda:**

\_\_\_\_ Evaluación / Examen      \_\_\_\_\_ Asistencia      \_\_\_\_\_ Correspondencia re: su Terapia Física Servicios  
\_\_\_\_ Historial Médico Tratamiento s      \_\_\_\_\_ Tratamientos      \_\_\_\_\_ Terapia Física Bill / Declaración  
\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**(4) Complete sólo si se ha seleccionado "información limitada". Yo sólo autorizo la entrega de información a los individuos / entidades señaladas a continuación por su nombre:**

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Abogado: \_\_\_\_\_  
Padre : \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Amigo: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Asistencia: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**(5) Marque sólo una casilla que indica cuánto tiempo podemos utilizar esta autorización:**

- Divulgar mi información de manera indefinida (siempre y cuando *Movement For Life Physical Therapy* tiene la custodia de mis archivos)  
 Divulgar mi PHI para el siguiente período que comienza el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**(6) Escriba sus iniciales en todos los artículos de abajo indica que usted ha leído y entendido los derechos o la información a continuación:**

- \_\_\_\_ Entiendo que esta autorización no caduca a menos que haya indicado una fecha de caducidad más arriba  
\_\_\_\_ Entiendo que puedo negarme a dar la autorización , sin temor a represalias o de tratamiento de las limitaciones  
\_\_\_\_ Entiendo que si doy autorización puedo revocar en cualquier momento mediante notificación por escrito *Movement For Life Physical Therapy*  
\_\_\_\_ Entiendo que la información utilizada / divulgada como resultado de mi autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y no puede ser protegida por las regulaciones federales de privacidad , una vez en posesión del destinatario  
\_\_\_\_ Entiendo que si *Movement For Life Physical Therapy* solicita mi autorización se requiere para decirme al efecto y de quien mi PHI (información protegida de salud ) está siendo puesto en libertad a  
\_\_\_\_ Entiendo que recibiré una copia de esta autorización después de firmarlo y antes de firmar , si lo solicito  
\_\_\_\_ *Movement For Life Physical Therapy* no será compensada por usar o divulgar mi PHI , a menos relacionadas con el tratamiento / pago procedimientos, sin autorización expresa de mí después de la plena revelación de propósito y la intención

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

OR

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Representante Autorizado  
(Indicar la relación)

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Usted puede negarse a firmar esta Autorización*