

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Telefono de casa: _____ Trabajo: _____ ext _____

Cellular: _____ Correo electronico: _____

Occupacion: _____ Nombre del Empleador: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Estatus de empleo: (circule uno): No Empleado Tiempo Completo Tiempo Parcial Estudiante Retirado

Donde paso el accidente: En casa En el trabajo Durante la recreacion En la escuela
 En un accidente/ no en la carretera Colission Vehicular Enfermedad

Fecha de la lastimadura: _____ Medico que lo refiere: _____

Lastimadura de Worker's Comp? Si / No Puedes seguir trabajando? Yes / No

de Seguro Social: _____ # de Licencia de Manejo: _____

Estatus Marital: Casado/a Divorciado/a Soltero/a Menor de edad Viudo/a Legalmente Separado/a

Nombre de esposo/a: _____ Ocupacion: _____

Empleador: _____ # de Telefono: _____

Nombre de Seguro primaria: _____ Domicilio: _____

ID/# de subscripcion: _____ # de grupo: _____ # del plan: _____ Co-Pago: \$ _____

Nombre del Responsable, si no es el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Telefono: _____

Nombre de seguro secundario: _____

ID/ # de subscripcion: _____ # de grupo: _____ # del plan: _____

Nombre del Responsable, si no es el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Relacion al paciente: _____

Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion medico u otra necesaria para procesar los reclamos en mi beneficio. Conuerdo en ser completamente responsable de todas deudas legales contraidas por mi mismo/a para servicios recibidos de California Hand & Rehabilitation si cubrio por el seguro o no.

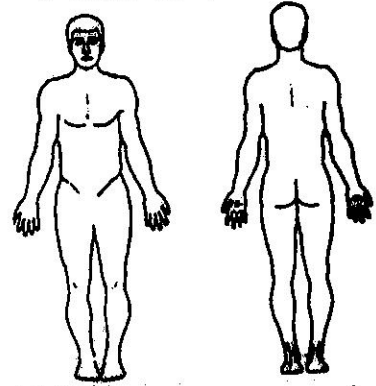
Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

ENCUESTA DE HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Favor de completar lo siguiente tan mejor como usted pueda:

Describe su problema actual y como empezo: _____

Indique abajo donde tiene dolor u otras simtomas:



Que tan seguido estan presents sus simtomas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Constante (76-100% del dia) | <input type="checkbox"/> Occasional (26-50% del dia) |
| <input type="checkbox"/> Frecuente (51-75% del dia) | <input type="checkbox"/> Intermittente (0-25% del dia) |

Como va cambiando su condicion?

- Mejorando No cambio Empeorando

Describe sus simptomas al DESCANSAR:

- Fuerte Embotado Apunalando Quemando Entumido Hormigueo Otra sensacion: _____

Describe sus simptomas USANDO la parte afectada:

- Fuerte Embotado Apunalando Quemando Entumido Hormigueo Otra sensacion: _____

Queja actual (como se siente hoy):

_____ |
 No dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor Intolerable

Circule si ha tendo lo siguiente para la parte/s afectadas:

Rayo-X MRI CT Scan EMG/Examen del nervio Inyeccion **Fecha/s tomadas:** _____

Mano Dominante: Derecha Izquierda

Hace Ejercicio: No Si: _____

Favor de chequear todo lo siguiente que se aplica a usted:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dependencia al alcohol/ droga | <input type="checkbox"/> Entumecimiento (ubicacion) _____ |
| <input type="checkbox"/> Calentura Reciente | <input type="checkbox"/> Problemas Urinarias |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada: # de semanas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Dolor no mejorado por posicion o descanso |
| <input type="checkbox"/> Condicion cardiaca | <input type="checkbox"/> Dolor por la noche |
| <input type="checkbox"/> Golpe (Fecha) _____ | <input type="checkbox"/> Surugias _____ |
| <input type="checkbox"/> Mareo/ Desmayo | <input type="checkbox"/> Fuma/ usa tabaco? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Ataque Epileptico | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia <input type="checkbox"/> Marca pasos <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____ | |

Medicamientos Actuales (anote o anadir su lista): _____

Esta tomando vitaminas o suplementos? Yes No

A quien ha visto por su condicion antes de hoy dia? Nadie Doctor Medico Quiropratico
 Terapista fisica/ ocupacional Terapista de masaje Accupunturista

California Hand Rehabilitation, Inc.

3273 Claremont Way, Suite 204
Napa, CA 94558
Phone: (707) 259-1152, Fax: (707) 259-1361

Bienvenido y Gracias por escoger esta oficina para su necesidad de terapia de mano. En nuestro esfuerzo continuo de proporcionar cuidado del paciente de una manera personalizado, eficiente y economic, pedimos que tome unos momentos para leer nuestra politica financiera y llenar nuestra forma de historia medica lo cual se traera a su cita. Si en cualquier momento tiene preguntas sobre nuestro politica de oficina o de la forma conectada, sientese libre de llamarnos.

Su comprensión clara de nuestra Política Financiera es importante a nuestra relación profesional. Otra vez, por favor sientese libre de preguntar si tiene cualquier pregunta sobre de esto, acerca de nuestros cobros, o de su responsabilidad financiero para los servicios rendidos. Somos un proveedor de Medicare y somos también miembros de varios planes de seguro de salud y varios PPOs. Es su responsabilidad de asegurarse de que estamos en su plan de seguro. Si su seguro requiere una referencia o autorización previa, es su responsibility de asegurarse de que esto está presente antes de su cita, estamos disponibles para ayudar si podemos.

Recuerde por favor que el acuerdo que usted tiene con su compañía de seguros no afecta su responsabilidad para el pago, todos los cobros son últimamente pagaderos de usted. La mayoría de los planes de seguro de salud le dejarán con un co-pago, deductible o a veces otro balance para servicios no-cubiertos. Preparese por favor para pagar su porción en el momento de servicio.

Nosotros facturaremos su compañía de seguros como una cortesía a usted. Si tiene una compañía de seguros secundaria los facturaremos sólo una vez. Si su seguro secundario no paga el saldo debido dentro de 45 días, el balance se tranfiere a su responsabilidad y será debido en aquel momento. Si tiene cualquier otras preguntas acerca de las facturas pregunta por favor. Si saldos debidos no se pagan dentro de 30 días de recibirlos, se añadira un cobro de \$12.00 para cubrir el costo de facturar de nuevo.

El pago completo para todo los suministros son debidos al recibirlos. Suministros no urgentes no se entregaran si no se paga por completo primero.

Un aviso de 24 horas es requerida para la cancelación de citas. Si no llega a su cita se le cobrara \$25.00 por perder la cita. Su compañía de seguros **no cubre** esto. Trataremos de reprogramar su cita tan pronto como seya posible.

Por favor firme abajo para afirmar que ha leído, entiende, y acepta la política financier y que usted consiente a los servicios terapéuticos rendidos aquí que incluyen esas modalidades o los procedimientos prescritos por su médico. Su firma también confirma que se le ha dado una copia de la Nota de Privacidad de California Hand Rehabilitation.

Firma: _____

Fecha: _____