

**ADVANTAGE PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION, LLC**

60 Dunning Road

Middletown, NY 10940-2215

Telephone: (845) 344-4477 Fax: (845) 344-6072

**Información de Nuevo Paciente**

(por favor imprimir)

**Demográficos del Paciente**

Nombre del Paciente (Primer Nombre , Apellido): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección : \_\_\_\_\_

Dirección Lina 2: \_\_\_\_\_

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

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Teléfono (celular): \_\_\_\_\_ Operador del teléfono (para visitas virtuales): \_\_\_\_\_

Contacto preferido:  Casa  Celular  Trabajo  Otro \*Operador de teléfono es necesario para visitas de telemedicina

Email: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono:  Casa  Celular  Trabajo

Quién le ha referido  Médico: \_\_\_\_\_  Hospital/Facilidad \_\_\_\_\_

Otro paciente/Familiar/Amigo  Abogado \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Medico de atencion primaria: \_\_\_\_\_

Medico Referente: \_\_\_\_\_

Nombre y direccion de la farmacia: \_\_\_\_\_

Telefono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco  Indoamericano o nativo de Alaska  Asiatico  Otro  Negro o Afro Americano  Nativo de hawai/otro isla del Pacifico  Declino responder/Desconocida

Etnicidad:  Latino/Hispano  No es Hispano

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre (Primer, Apellido): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información de Seguro (proporcione tarjeta y/o referencia)**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Relación al Suscriptor:  Paciente  Espos(a)  Hijo(A)  Otro

Nombre de suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empleado de suscriptor: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Compania de Seguro: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No    se produjo su lesión en un <b>accidente vehicular?</b></p> <p><i>* Si es Asi, por favor complete NYS No-Fault Verification of Treatment Form ("NF-3") ademas de esta forma* Si es No, por favor complete el resto de esta forma</i></p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No    se produjo su lesión en un <b>accidente relacionado con el trabajo?</b></p> <p><i>*Si es Asi, por favor complete el impreso de la <b>compensación del trabajador</b> además de esta forma</i></p> <p><i>* Si es No, por favor complete el resto de esta forma</i></p>
---

Nombre (Primer, Apellido): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **Historial Medico**

*(Por favor, no salte ninguna pregunta. Si algo no es aplicable, indique con "n/a" o "x")*

1. Tiene ahora, o ha tenido, cualquier de los siguientes?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco                  | <input type="checkbox"/> Crohn's disease            |
| <input type="checkbox"/> Hipertension        | <input type="checkbox"/> Neumonia                        | <input type="checkbox"/> Colitis                    |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto     | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar                | <input type="checkbox"/> Anemia                     |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo      | <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Ictericia                  |
| <input type="checkbox"/> Coto                | <input type="checkbox"/> Enfisema                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  |
| <input type="checkbox"/> Cancer (tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular       | <input type="checkbox"/> Úlceras (estómago/péptico) |
| <input type="checkbox"/> Leucemia            | <input type="checkbox"/> Epilepsia (ataques epilépticos) | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática           |
| <input type="checkbox"/> Soriasis            | <input type="checkbox"/> Cataratas                       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               |
| <input type="checkbox"/> Angina              | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                | <input type="checkbox"/> Artritis                   |

Otras condiciones médicas *(por favor liste)*:

---

---

2. Enumere todas las cirugías y hospitalizaciones relacionadas con la visita de hoy. Incluya las fechas y la razón/causa:

---

---

3. Enumere todos los medicamentos con la dosis/concentración y con qué frecuencia los toma: *(i.e. Advil 200 mg, 1 tabla 1x al día)*

---

---

---

---

4. Tiene alergias a algún medicamento/droga/comida *(por favor incluya: tinte de IV, contraste del CT, mariscos, etc.)*:  
 No  Si, a, que?:

---

---

Nombre (Primer, Apellido): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. **Historial Familiar:** Enumere todos los problemas médicos de su familia inmediata (*i.e. diabetes, artritis, cáncer, etc.*):

---

---

---

6. **Cuál es su ocupación?** \_\_\_\_\_

Ud esta trabajando?  Si  No  jubilado/retirado

Si es así :  Trabajo Ligero  Trabajo regular

7. Ud. fuma o fumaba?  fumador actual  ex-fumador  nunca ha sido fumador

Si fuma actualmente, ¿cuántos cigarrillos al día son? \_\_\_\_\_

Si dejó de fumar, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

9. Bebe alcohol?  Sí  No

Si es así, cuantos por día? \_\_\_\_\_

10. ¿Usa otras drogas?  Sí  No

Si es así, cual droga y que cantidad usas? \_\_\_\_\_

Lista de Sintomas	Por favor marque
Fiebre	Si No
Sudores nocturnos	Si No
Dolor en el pecho	Si No
Dificultad para respirar	Si No
Pérdida del control vesical	Si No
Pérdida del control intestinal	Si No
Artritis inflamatoria	Si No
Erupciones en la piel	Si No
La Debilidad	Si No
Deprimido/a	Si No
Dificultad con dormir	Si No
Diabetes	Si No
Enfermedad de la tiroides	Si No

### Diagrama del dolor

1. Donde tiene dolor, entumecimiento/hormigueo o ambos?

**Por favor, marca en el diagrama donde se sientes:**

Dolor = X

Entumecimiento/hormigueo = O

Ambos = ⊗

2. ¿Cuál es su mano dominante?

3. ¿Se lastimó? Si es así, ¿en qué fecha sucedió?

4. ¿Cuánto tiempo lleva con estos síntomas?

5. ¿Cómo describiría el dolor? (agudo, sordo, punzante, palpitante o otro)

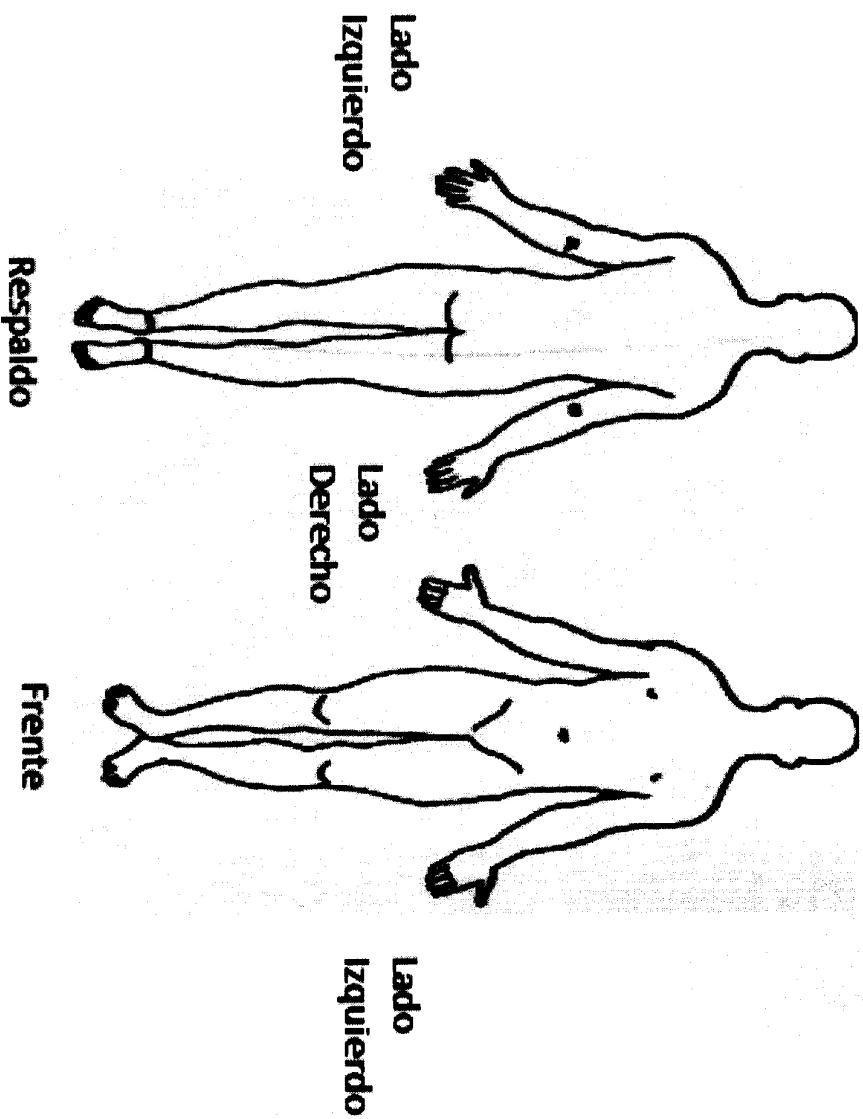
6. Por favor, asigne un número del 0 a 10 a su nivel de dolor.

7. ¿Su dolor se irradia desde un punto o se mueve por el cuerpo?

8. ¿Su dolor es constante o se viene y se va?

9. ¿Hay algo que empeora el dolor? (la flexión, levantar, estar sentado, estar a pie, caminar o otro)

10. ¿Hay algo que mejora el dolor? (medicamentos, descanso, terapia física, hechar hielo/calor, o otro)



**ADVANTAGE PHYSICAL MEDICINE & REHAB**  
60 DUNNING ROAD, SUITE 1  
MIDDLETOWN, NY 10940-2216

P: 845-344-4477 | F: 845-344-6072

## **Política Financiera**

Puede ser que pacientes tengan seguros y opciones de pago distintos para los servicios prestados. Note que no todos los médicos en la clínica aceptan el mismo tipo de seguro. Para asegurar que tenemos la información correcta para proceder con su reclamación, haremos una copia de su seguro médico y/o su tarjeta de Medicare a la hora indicada de su cita.

**Ud. está requerido para informarnos al inmediato de cualquier cambios a su información demográfica o a su información del seguro médico.** Pacientes sin seguro médico están requeridas para pagar en completo el día del servicio prestado.

Entendemos que las dificultades financieras pueden afectar a su capacidad de pagar por completo. Siempre haremos todo lo posible para trabajar con Ud. Por favor, pida hablar con nuestro departamento de facturación para discutir cómo llegar a un compromiso.

### **Planes Participantes:**

Ud. necesita presentar su tarjeta de seguro, y si es aplicable, el impreso referente del seguro, en cada visita. Nosotros someteremos facturas directamente a su compañía de seguro para pagos de su parte. A los pacientes sin tarjetas de seguro o referentes adecuados, se les pedirá el pago completo el día del servicio prestado. Todos los pagos, deducibles y servicios no cubiertos serán recogidos en el momento de servicios.

### **Planes No Participantes:**

Si el proveedor de renderizado no participa en su plan de seguro, Ud. Será responsable de pagar todas las cuotas al momento del servicio.

### **Política de Cancelaciones/No Aparecer:**

Como cortesía, las llamadas de confirmación estarán hechas antes de la fecha y hora de la cita. Para pacientes nuevas y visitas de EMG, el paciente tiene que confirmar con la oficina que vendrá 48 horas antes de la cita. Si la oficina no recibe confirmación, es posible que su cita será cancelada o que las citas en el futuro no serán hechas. Para todos otros tipos de citas, incluyendo la terapia física, el paciente se debe confirmar 24 horas anteriormente.

### **Política de Telemedico:**

Visitas de telemedicina serán consideradas igual que una visita a la oficina. Si Ud. tiene una cita de telemedicina, la tiene que asistir en un lugar apropiado. Los doctores no tendrán la cita si Ud. está en un carro/lugar público. Esto será considerado como una **CANCELACIÓN TARDE**

y a Ud. se le cobrará una multa de cancelación tarde. Si Ud. tiene una visita de **TELÉFONO**, su doctor le llamará a la hora indicada de su cita al número dejado el día que se hizo la cita. Si Ud. no está disponible a la hora que su doctor le llame, esto también será considerado como **NO APARECER** y a Ud. se le cobrará una multa de no aparecer.

Si Ud. necesita cancelar o elegir otra fecha para su cita, por favor notifique a nuestros empleados lo mas antes posible. Si todos los pacientes hacen esto, nos permite acomodar mejor a todos los pacientes de una manera efectiva y oportuna. Es imperativa que confirme su cita en avance y/o que llame anteriormente para cancelarla. Si Ud. no notifique a nuestra oficina a tiempo, a su cuenta se le cobrará.

---

Firma de Paciente

Fecha

## Forma de Autorización de Privacidad HIPAA

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo que Advantage Physical Medicine & Rehabilitation puede utilizar y revelar la información médica y protegida descrita abajo. En firmar esta forma, yo comprendo que:

- La información médica y protegida de mi puede ser revelada por la clínica para tratamiento, pago, u operaciones del cuidado médico como permitido por el Acto de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)
- Yo tengo el derecho de restringir el uso de de la información médica y protegida, pero la clínica no tiene que estar de acuerdo con estas restricciones si la información es necesaria para tratar al paciente, facturar para servicios, o consentir con la ley, etc.
- Cualquier cambio a mi consentimiento a la revelación de la información médica y protegida de mi tiene que ser escritas por mi. El cambio tomará efecto en la fecha que yo proporciono la información y consentimiento actualizada con firma actual. No afectará a las revelaciones que han pasado antes de la actualización.

**Por favor, lea las siguientes declaraciones y conteste Sí o NO.**

Yo doy la clínica permiso para dejar buzones de voz en mi numero casero/mobile/del trabajo (subraya los que aplican)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Yo doy la clínica permiso para enviar informacion a mi por correo electrónico seguro cuando yo solicito	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Yo doy la clínica permiso para hablar con ciertas personas de las citas que tengo (tiempo, lugar, ubicación, médico etc)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Yo doy la clínica permiso para hablar con ciertas personas sobre mi tratamiento/cuidado	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Yo doy la clínica permiso para hablar con ciertas personas sobre información de las finanzas/facturas incluyendo a los estados de cuenta y balances/co-pagos	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**Hablaremos solamente con el paciente hasta que nos digan diferente. Por favor, proporcione los nombres para cualesquiera personas que la clínica tiene permiso con quien hablar. Si no desea que tengamos contacto con algulen aparte de Ud., por favor deje esta área en blanco.**

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

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

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

Al firmar esta forma, yo autorizo que Advantage Physical Medicine and Rehabilitation puede revelar la información mia, médica y protegida, como dejado por el acto de HIPAA o como describí arriba.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_