

Aviso de las Prácticas de la Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR , LEA CON CUIDADO.

- 1) Usos y Revelaciones: Nosotros usaremos su información de salud protegida (PHI--expedientes/archivos) para los propósitos de tratamiento, pago y atención médica.

El tratamiento incluye la divulgación de información médica a otros proveedores que se le ha referido a Ud. los servicios o que están involucrados en su cuidado. Esto puede incluir médicos, enfermeras, técnicos y otros terapeutas físicos. Por ejemplo, es posible que nos sintamos que un paciente con un derrame cerebral a quien estemos tratando --se beneficiaría de una evaluación por un patólogo del habla y lenguaje para enfrentar una dificultad para tragar. La información de salud que compartimos con el patólogo del habla y lenguaje--se consideraría una divulgación del tratamiento.

El pago incluye la divulgación de información de salud a su compañía de seguro médico, incluyendo Medicare y Medicaid, para que el pago se pueda obtener para servicios prestados. Su compañía de seguro puede hacer una solicitud de revisión de su expediente médico para determinar si su atención era necesaria. Las operaciones de atención médica incluye la utilización de los registros para monitorizar la calidad de los cuidados que se dan en nuestras instalaciones o en las actividades de planificación de negocios.

Otros Usos Especiales

Nuestra oficina puede utilizar su PHI (archivo/expediente) para enviarle un recordatorio de su cita, para informarle a Ud. de nuestros otros productos y servicios relacionados con la salud, o para solicitarle una contribución a nuestras actividades caritativas.

Usos y Divulgaciones requeridos por la Ley

La información sobre regulaciones federales de la privacidad de los archivos/expedientes de la salud permite o nos obliga a usar o revelar su PHI en las siguientes maneras: podemos compartir algunos de sus archivos con un familiar o amigo/a involucrado en sus cuidados si Ud. no se oponga, podemos utilizar sus archivos en una situación de emergencia cuando es posible que Ud. no sea capaz de expresarse por si mismo/a, y podemos usar o divulgar su PHI para fines de investigación, si queremos proporcionarlos con garantías muy concretas que su privacidad será protegida. Nosotros también podemos divulgar sus archivos cuando sea requerido por la ley, por ejemplo, por orden judicial o por citatorio. Acceso a las agencias de supervisión de la salud puede ser, a veces, obligado por ley para informarle sobre ciertas enfermedades o reacciones adversas a los medicamentos. Se requiere su autorización antes de que sus archivos puedan ser utilizados o revelados por nosotros para otros fines.

2-- Sus Derechos a la Privacidad

Restricciones

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza su información médica; sin embargo, no estamos obligados a estar de acuerdo con su petición. Si estamos de acuerdo, debemos acatar su solicitud.

Comunicaciones Confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar la comunicación confidencial de nosotros a un lugar de su elección. Esta solicitud debe ser por escrito.

Acceso a los Archivos

Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su expediente médico. Usted debe hacer esta solicitud por escrito y podemos cobrarle una tarifa para cubrir los costos de copiar y enviar los documentos por correo.

Enmiendas/cambios

Usted tiene el derecho de solicitar que se hace una enmienda a su expediente si Ud. está en desacuerdo con lo que dice acerca de usted. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Si no estamos de acuerdo con usted, no estamos obligados a hacer el cambio. Usted tiene el derecho de presentar una declaración escrita acerca de por qué Ud. no está de acuerdo, esa declaración formará parte de su expediente. No podemos modificar partes de su expediente médico que nosotros no creamos/hicimos.

Contabilización de las Revelaciones

Después del 14 de abril de 2003, Usted tiene el derecho de solicitar un informe de las revelaciones hechas en los seis años anteriores. Estas revelaciones no incluirán aquellos hechos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o para los que hemos obtenido la autorización.

Si Usted siente que sus derechos haya sido violados, usted tiene el derecho de hacernos una queja a nosotros por escrito y sin temor a represalias. Su queja debe contener suficiente información específica para que podamos investigar adecuadamente y responder a sus inquietudes. Si Usted no está satisfecho/a con nuestra respuesta, es posible que Ud. presente su queja directamente al Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Nuestro Deber para Proteger su Privacidad

Tenemos la obligación de cumplir con la información de reglamentos federales de privacidad de la salud por mantener la privacidad de su expediente. Estas reglas nos obligan a proporcionarle con este documento, nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Reservamos el derecho a actualizar este aviso si lo requiere la ley. Si actualizamos este aviso en cualquier momento en el futuro, usted recibirá una notificación revisada la próxima vez que nos busque para el tratamiento.

Contacto para Obtener Más Datos sobre la Privacidad

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para presentar una queja, usted puede ponerse en contacto con:

James Vegher, PT

Oficial de la Privacidad

9000 Soquel Ave. /Suite 103

Santa Cruz, CA 95062

(831) 464-8200



PRECISION

PHYSICAL THERAPY & FITNESS

Precisión Terapia Física y Entrenamiento Formulario y Cuestionario / Registro de Pacientes

Nombre de Paciente _____ Número de Medicare HIC: _____

Bienvenido a nuestra oficina. A PPT le gustaría ayudarle a utilizar sus beneficios médicos de la mejor manera posible. Sin embargo, tenemos que informarle de que los servicios de terapia física no están cubiertos si Usted está inscrito/a en una agencia de Cuidados dentro del Hogar < Home Health Care .

Por favor, entienda que si Usted se inscribe en un programa de Cuidado de la Salud dentro del Hogar, la terapia ambulatoria/ (servicios de paciente externo)/ servicios de terapia ocupacional, terapia física, y terapia del habla no estarán cubiertos hasta que le den de alta por parte de su Compañía de Salud Dentro del Hogar. Si Ud. no está dado/a de alta por parte de la empresa de salud en casa y Ud. recibe terapia física ambulatoria, Usted puede ser responsable por los costos de los servicios de terapia física.

Medicare requiere que esta forma sea completada por todos/as los/as pacientes de Medicare. Por favor, lea cada una de las opciones siguientes y responda sólo a aquellas que se aplican a su situación actual.

1. ¿Ha tenido usted algún servicio de terapia física / ocupacional o de Patología del habla anteriormente en el año calendario actual?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la institución donde recibió terapia física / ocupacional / verbal?

2. ¿Ha recibido Home Health Care (Cuidado de Salud dentro del Hogar) de cualquier tipo en los últimos 60 días (o más)? Sí___No___

En caso afirmativo, nombre de Agencia de Salud en el Hogar

Agencia: _____

Teléfono: _____

Fecha(s) de Servicio:

Fecha cuando le dio de alta:

Nombre de Enfermero/a / instalación que le dio de alta a
Usted _____

Al firmar abajo, Usted reconoce que ha leído y entendido la declaración anterior.

Imprima su nombre completo: _____
Su firma _____ Fecha _____



PRECISION

PHYSICAL THERAPY & FITNESS

Registro de Paciente/a de Fisioterapia y Entrenamiento/Gimnasio Precisión

Datos del Paciente:

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____

(mes)

(día)

(año)

Teléfono principal: _____

Correo Electrónico/email _____ Sexo: masculino femenino

Dirección del domicilio _____

Ciudad _____ Código postal: _____

Estado civil: soltero/a casado/a divorciado/a otro

Número del seguro social _____ Empleador/a-Patrón/a _____

Teléfono del trabajo _____ Estudiante Sí No

¿En que escuela es Ud. estudiante? _____

Médico/a que lo/la refirió a la Fisioterapia Precisión _____

Médico/a Principal: _____

Fecha de su Herida-Lesión/ inicio de los síntomas _____

Fecha de Cirugía (si lo haya sucedido) _____

Seguro Médico Primario

Compañía de Seguro _____

Número del Grupo _____

Número de identificación o de la póliza _____

Si el/la dueño/a de la póliza es diferente del paciente, se requiere la información siguiente:

Dueño/a de la Póliza:

Fecha de Nacimiento del/de la Dueño/a de la Póliza _____

Número del Seguro Social:

Sexo: Masculino Femenino Parentesco con el/la

Paciente: _____



PRECISION

PHYSICAL THERAPY & FITNESS

Dirección del domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Si hubo un accidente de un vehículo motorizado o hubo un reclamo de compensación de trabajadores, se requiere la información siguiente:

Nombre del/de la Ajustador/a / o del/de la Trabajador/a en el

Caso: _____

Número telefónico _____

Seguro Secundario (si se le aplica)

Compañía de Seguro _____

Número del Grupo _____

Número de identificación o de la póliza _____

Si el/la dueño/a de la póliza es diferente del paciente, se requiere la información siguiente:

Dueño/a de la Póliza _____

Fecha de Nacimiento del/de la Dueño/a de la Póliza _____

Número de Seguro Social _____

Sexo: Masculino Femenino Parentesco con el/la Paciente:

Dirección del Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Si hubo un accidente de un vehículo motorizado o hubo un reclamo de compensación de trabajador/a, se requiere la información siguiente:

Nombre del/de la Ajustador/a / o del/de la Trabajador/a en el

Caso: _____

Número Telefónico del mismo _____

Seguro Tercero (si se le aplica)

Compañía de Seguro _____

Número del Grupo _____

Número de identificación o de la póliza _____

Si el/la dueño/a de la póliza es diferente del paciente, se requiere la información siguiente:



PRECISION

PHYSICAL THERAPY & FITNESS

Dueño/a de la Póliza:

Fecha de Nacimiento del/de la Dueño/a de la Póliza _____

Número del Seguro Social:

Sexo: Masculino Femenino Parentesco con el/la

Paciente _____

Dirección del

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Si hubo un accidente de un vehículo motorizado o hubo un reclamo de compensación de trabajadores,

se requiere la información siguiente:

Nombre del/de la Ajustador/a / o del/de la Trabajador/a en el

Caso: _____

Número telefónico _____

HISTORIA MÉDICA CONFIDENCIAL

Es esta herida/lesión relacionada-- con el trabajo con un vehículo
con un accidente

Queja Principal:

Síntomas Actuales: Dolor Entumecimiento/falta de sensibilidad

Rigidez Debilidad

Estado: Nuevo Agudo Crónico/constante/continuo

Complete una lista de todos los medicamentos recetados que Ud. está tomando



PRECISION

PHYSICAL THERAPY & FITNESS

actualmente (los/as pacientes de Medicare están requeridos/obligados completar esta sección):

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Es alérgico/a a algún medicamento?

Enumere cirugías pertinentes:

¿Ha tenido servicios diagnósticos o de rehabilitación para aliviar esta herida/lesión?
---Imágenes por resonancia magnética (MRI)----rayos X
Otro _____

¿Tiene alguna de las condiciones médicas siguientes?
Asma, bronquitis o enfisema _____ Artritis / Articulaciones inflamadas _____
Falta de aliento / Dolor en el pecho _____ Osteoporosis _____
Enfermedad Coronaria _____ Varices _____
¿Tiene un Marcapasos? _____
La gota _____



PRECISION

PHYSICAL THERAPY & FITNESS

Presión arterial alta _____ Dificultades para dormir _____
Infarto/ataque al corazón/ Cirugía _____ Problemas emocionales /
psicológicos _____
Derrame cerebral/ TIA _____ Intestinal o problemas de vejiga o intestinales _____
coágulo de sangre / Embolia _____ Fuertes dolores de cabeza frecuentes / _____
Epilepsia / Convulsiones _____ Problemas con la visión /dificultades de audición _____
Problemas de tiroides / Bocio _____ Mareo o desvanecimiento _____
Anemia _____ ¿Fuma Ud?
Enfermedades Infecciosas _____ al día _____ a la semana _____
Cáncer o quimioterapia / radiación _____ Consumo de bebidas alcohólicas _____
al día _____ a la semana _____

Otros problemas pertinentes:

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LA PRIVACIDAD

Yo reconozco que he visto el "Aviso de las prácticas de la privacidad." Yo entiendo que puedo pedir preguntas sobre el "Aviso de prácticas de la privacidad" en cualquier momento.

Firma del/de la paciente/a o del _____

Guardián/Tutor _____

Fecha _____



PRECISION

PHYSICAL THERAPY & FITNESS

RECONOCIMIENTO DE CANCELACIÓN Y POLÍTICA DE LA MOROSIDAD

(Falta de puntualidad o retraso, en el pago)

Entiendo que se me cobrará y se esperará que yo pague \$50.00 si no llego a cancelar una cita en menos de 24 horas antes de mi cita. Esta tasa aumenta a \$75.00 los viernes después de las 12:00 PM para todas las citas programadas para los sábados. Además, entiendo que habrá una tasa por pago tardío de \$25.00 por cada mes que llevo tarde pagando el saldo pendiente. Entiendo que la falta de pago de mi factura en el momento oportuno puede resultar en el uso de una agencia de cobro para recuperar el dinero adeudado a la Terapia Física Precisión. Si mi cuenta es enviada a una agencia de las colecciones, entiendo que soy responsable por el 100% de los honorarios que pueden incurrir.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para el tratamiento médico en el tratamiento de mi condición física. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo. Yo entiendo que soy responsable de los cargos que no están cubiertos por mi seguro. Además, entiendo que soy responsable de informar a la oficina de cualquier cambio que haya sucedido. Autorizo la liberación de pago directamente a la Terapia Física y Gimnasio Precisión independientemente de la participación en un consultorio fuera de la red de mi seguro. Si paso a no cumplir con mi responsabilidad financiera y la acción de cobro sea necesaria, yo seré responsable por gastos de recaudación que se incurre. Yo entiendo que soy responsable en última instancia de los cargos incurridos, incluso cargos más allá de lo que considere necesarios por razones médicas a mi compañía de seguros, o si yo supero mi beneficio máximo. Entiendo que mi compañía de seguros puede requerir una prescripción (receta), pre-autorización médica o administrativa para el tratamiento, o si tiene un límite de reembolso en cuanto al tratamiento de terapia física. Si la Terapia Física Precisión no se proporciona con una prescripción/receta inicial, como se solicita por la compañía de seguros cuando y como pedido por mi proveedor, entiendo que seré responsable del pago de los servicios prestados, incluso si, como miembro, se le dijo a Ud. lo contrario. Yo entiendo que soy responsable de conocer y cumplir con las exigencias de mi plan de seguro.

Firma de paciente o de _____

Guardián/Tutor _____

Fecha _____



PRECISION

PHYSICAL THERAPY & FITNESS

Acuerdo de Tasa de Pago

La tasa de pago auto en Fisioterapia Precisión es de \$120 por visita, en la que el pago se requiere antes del tratamiento. Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

Descargo de Responsabilidad/Negante/Renuncia

Yo, el/la firmante de abajo, entiendo:

----- El pago es debido por mí, el/la paciente/a, o la persona responsable del pago de la Fisioterapia Precisión --en el momento del servicio.

----- He elegido no utilizar el seguro privado del tercero de una compañía que tiene un acuerdo contraído con la Fisioterapia Precisión para el reembolso de los servicios prestados y he elegido aceptar todas las ramificaciones legales y financieras , si las hubiera, para esta elección.

Firma_____

Fecha_____

Escriba en letra de molde el nombre del/de la firmante:_____