

CUESTIONARIO DE PRESELECCIÓN DE PACIENTES

Debido a la pandemia COVID-2019 en curso, todos los cuidadores/pacientes deben completar este formulario antes de ser vistos en ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center. Su visita está sujeta a aprobación al completar este formulario. Con efecto inmediato, sólo 1 adulto debe acompañar al paciente, los niños que no están siendo vistos como pacientes también están restringidos. Estas reglas se están aplicando para mantener a nuestros pacientes y personal, así como al resto de sus seres queridos seguros y saludables.

	SÍ	NO
¿Le han diagnosticado COVID-19? EN CASO AFIRMATIVO, CUANDO		
El paciente, cuidador o cualquier persona en su hogar ha viajado fuera de los EE.UU. en las últimas 2 semanas (14 días) EN CASO AFIRMATIVO, DONDE _____		
El paciente, cuidador o cualquier persona en su hogar ha viajado fuera de Maryland en las últimas 2 semanas (14 días) EN CASO AFIRMATIVO, DONDE _____		
¿En las últimas 2 semanas (14 días) el paciente, cuidador o cualquier persona en su hogar ha tenido contacto con cualquier persona sospechosa de haber contraído coronavirus (COVID-19)? Incluyendo la prueba de COVID-19, y estar en autoaislado para COVID-19		
¿En las últimas 2 semanas (14 días) el paciente, cuidador o cualquier persona en su hogar ha tenido contacto con cualquier persona confirmada que ha contraído coronavirus (COVID-19)?		
¿El paciente o el cuidador ha estado expuesto actualmente a alguien con síntomas similares a los de la gripe (tos, dificultad para respirar o fiebre)		
POR FAVOR, CIRCULE SI LOS SÍNTOMAS ESTÁN SIENDO EXPERIMENTADOS POR EL CUIDADOR, EL PACIENTE O AMBOS		
EN LAS ÚLTIMAS 72 HORAS EL PACIENTE O CUIDADOR TIENE EXPERIENCIA		
FIEBRE mas de 100.4 F (38.0 C)		
TOS		
SORETHROAT / PERDIDA DE OLOR O SABOR		
DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
DOLORES MUSCULARES		
DOLORES DE ESTÓMAGO		
VÓMITOS O DIARREA		
OJOS ROJOS		
ERUPCION EN LA PIEL		
FATIGA O MALESTAR		

****Por favor, devuelva este formulario a la recepción cuando se haya completado****

Al firmar a continuación, certifica que las respuestas anteriores son verdaderas. No responder con veracidad o retener información intencionalmente conducirá a la eliminación inmediata de nuestra práctica y puede estar sujeto a las leyes aplicables durante esta pandemia.

Paciente/Cuidador: _____

Fecha: _____

Temperatura del cuidador: _____

Temperatura del paciente: _____

Puede haber ocasiones en las que sea necesario que una persona directamente involucrada en su atención llame a la instalación o a la Oficina Central de Facturación para preguntar sobre su información de salud personal o información de facturación. Tales personas involucradas en su cuidado pueden incluir cónyuges, hijos, parientes de sangre, compañeros de cuarto, novios / novias, parejas domésticas, vecinos y colegas. Por favor, tómese unos momentos para completar este formulario.

Autorizo a ARSO Neuro Rehab y Orthopedic Center, LLC a revelar mi información de salud que está directamente relacionada con mi tratamiento actual a las personas enumeradas a continuación para los propósitos de su función en mi tratamiento o pago por los servicios de salud que he recibido.

Nombre	Relación	Numero de teléfono

Deseo ser contactado de la siguiente manera: Casa _____ Trabajo _____
 Cell _____ Comunicación escrita Correo electrónico/Otros _____

Concedo permiso de ARSO para dejar un mensaje en mi correo de voz con respecto a las citas/información con información detallada: SI NO

Para enviar un correo a mi casa/dirección de trabajo Para enviar un fax a este número _____

 Firma del Paciente/Representante Legal

 Fecha

 Imprimir Nombre del Paciente o Representante

Si usted es el representante de un paciente, compruebe el alcance de su autoridad para actuar en nombre del paciente:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poder de abogado de la salud | <input type="checkbox"/> Guardián | <input type="checkbox"/> Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Representante Legal | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Proporcione documentación o una explicación de su autoridad para actuar en nombre del paciente:

Política de asistencia a la terapia física

(Por favor, lea hasta el final)

ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center se esfuerza por proporcionar a cada paciente la más alta calidad de atención mientras intenta acomodar su horario para su conveniencia. Por lo tanto, proporcionamos franjas horarias reservadas para cada paciente con un terapeuta específico con el fin de minimizar su espera y asegurar la continuidad de su tratamiento. Su asistencia constante al régimen de tratamiento planificado es primordial para su recuperación completa.

Si bien somos sensibles al hecho de que una emergencia puede ocurrir en un caso raro, las cancelaciones, especialmente las de última hora, junto con los no-shows de los pacientes, disminuyen nuestra capacidad para satisfacer las necesidades de programación de los otros pacientes. Además, los no-shows muestran una completa falta de respeto por su terapeuta y otros pacientes. Debemos solicitar su plena cooperación con la siguiente política:

- Si llega **15 minutos tarde** a su cita y no nos notifica, el tratamiento puede ser cancelado, y una tarifa cobrada por faltar a la cita.
- Una cita programada **DEBE SER CANCELADA AL MENOS 24 HORAS EN AVANZADO**, o se cobrará una tarifa por esa cita.
- Si no se presenta a una cita ("NO SHOW") sin notificarnos, se cobrará una tarifa por esa cita. Además, 2 no-shows consecutivos o cancelación dará lugar a la cancelación de todas las citas programadas restantes.
- Al final de la semana, **TODOS LOS PACIENTES**, independientemente del seguro/pagador de terceros, se les cobrará una **TARIFA DE CANCELACION de \$75.00** por cada cita tardía, cancelada tarde o no presentarse. **EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE LA TARIFA, NO DEL SEGURO/TERCERO PAGADOR.**
- Se cobrará una tarifa de reprogramación de **\$25.00** si la cita perdida se hace dentro de la misma semana que se programó en un día que no tiene otra cita programada.
- Todas las cancelaciones y no-shows serán documentados en su expediente médico y se comunicarán apropiadamente a su médico y pagador de seguros/terceros.
- El incumplimiento reiterado de esta Política de ASISTENCIA dará lugar a que su nombre se coloque en una lista de "Programación basada en la disponibilidad". Esto requerirá que llame para una cita abierta cada día que le gustaría recibir terapia. Haremos todo lo posible para acomodarle, ya que el espacio en el horario lo permite.

Creemos que esta política es necesaria para el beneficio de todos nuestros pacientes, para que podamos seguir proporcionando un tratamiento y servicio de alta calidad a todos.

Todo el personal de **ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center** agradece su adhesión y cooperación previstas con esta política. Le deseamos la mejor de las suertes con su tratamiento. Estamos aquí para ayudarle a alcanzar todos sus objetivos y optimizar su retorno a todas sus actividades previas a la lesión.

Esperamos poder trabajar con usted para cumplir con sus metas de fisioterapia.

He leído esta política y al firmar a continuación estoy indicando que entiendo y me adheriré a esta política.

Reconocimiento del paciente/ Firma

____/____/____

Fecha

Registro de Autorización del Paciente

Inicial Aquí

	<p><u>Autorización para el tratamiento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Por la presente doy autorización para la realización de tales procedimientos de rehabilitación según lo permitido por los estatutos del <i>Estado de Maryland</i> bajo el alcance apropiado de la práctica son, en el juicio de mi terapeuta, considerados necesarios.
	<p><u>Autorización para la divulgación de información</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estoy de acuerdo en que ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC puede proporcionar información de mi expediente médico a las personas involucradas en mi atención médica. ➤ Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para obtener el pago de cualquier servicio disponibles para mí a ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC. ➤ Estoy de acuerdo en que ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC puede obtener información de otros que han proporcionado atención médica a mí y/o son responsables del pago de la totalidad o parte de mis facturas cuando esta información es necesaria para tratar, factura, y/o recibir el pago. ➤ He leído "aviso de prácticas de privacidad" que exige la HIPAA.
	<p><u>Autorización para la liberación de pago</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorizo que el pago directo de cualquier beneficio disponible para mí sea liberado a ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC para los servicios prestados.
	<p><u>Acuerdo del paciente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acepto pagar a ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC cargos por los servicios prestados a mí durante mi curso de tratamiento. ➤ Acepto pagar esos cargos que no pueden ser pagados por mi seguro de salud y son mi responsabilidad por mi beneficio de seguro. Si no pago por cargos que son mi responsabilidad, acepto pagar las colecciones de ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC, incluidos los honorarios de abogados y tribunales.
	<p><u>Medicare, Medicaid y beneficios similares</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estoy de acuerdo en que la información dada a <i>Arso Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC</i> en la solicitud de beneficios bajo Medicare, Medicaid, y los servicios de salud materna o infantil son completos y precisos. Estoy de acuerdo en que <i>Arso Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC</i> puede dar la Administración de la Seguridad Social o la información de su intermediario fiscal necesario para procesar las reclamaciones.
	<p><u>Compensación de trabajadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estoy de acuerdo en que la información dada a <i>Arso Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC</i> en la solicitud de beneficios bajo compensación de trabajadores es completa y precisa. Estoy de acuerdo en que <i>Arso Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC</i> puede dar la información del intermediario necesario para procesar las reclamaciones.

 Firma del Paciente

 Fecha

 Nombre del Paciente

 Firma de Testigo

 Fecha

 Firma del representante legal/POA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE

Número de Seguro Social ----- _____ Fecha de Cita: ___/___/___
Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Edad: ___ Sexo: ___ Estado civil: _____
Número de Teléfono: (____) ----- _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Garante (si es aplicable): _____ Teléfono: (____) ____ - ____
Correo Electrónico: _____ Teléfono de Trabajo: (____) ____ - ____
Médico de Atención Primaria: _____
Teléfono de Médico de Atención Primaria: (____) ____ - ____

¿Cómo se enteraron de nuestras instalaciones?

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Nombre del médico que lo refirió a la fisioterapia: _____
Teléfono del médico que hace referencia: (____)-____-____ Fax: (____)-____-____
Fecha de accidente/lesión/Inicio: ___/___/___ Cirugía Reconstructiva: Si ___ No ___
Contacto de emergencia: _____ Teléfono de Contacto: (____) ____ - ____
Relación: _____

ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO

¿Es una reclamación de auto accidente? Si ___ No ___

Fecha del Accidente/ lesión: ___/___/___

¿Cuál es el nombre de su compañía de seguros de automóviles principal?

Su número de reclamo automático: _____

Nombre del Ajustador de reclamo: _____

Teléfono del Ajustador de Reclamo: (____) ____ - ____ Fax del Ajustador: (____) ____ - ____

¿Su Ajustador aprobó visitas de fisioterapia? Se debe tener en cuenta que ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center deben tener una verificación adecuada del Ajustador de que este reclamo es aprobado antes de que usted pueda ser programado para una cita.

¿Ha enviado su aplicación PIP? Si ___ No ___

ACCIDENTE DE TRABAJO

¿Es una reclamación de W/C? Si ___ No ___

W/C número de reclamo: _____

W/C nombre del Ajustador del caso: _____

W/C Ajustador de caso teléfono: (____)____-____ Fax: (____)____-____

CASOS DE DEMANDA

¿Hay un abogado asignado a este caso: Si ___ No ___

En caso afirmativo, por favor imprima el nombre del Abogados/Abogado:

_____ Teléfono del Abogado: (____)____-____ Fax: (____)____-____

¿Ha firmado el formulario de autorización de abogado de ARSO (AA) Adjunto? Si ___ No ___

SEGURO MÉDICO

SEGURO PRIMARIO

Seguro de salud primario: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Fecha De Nacimiento del Suscriptor: _/ _/ ____

Numero de póliza: _____ Numero del Grupo: _____

Teléfono de Seguro: (____)____-____ ext. ____ Numero de telefax/fax: (____)____-____

SEGURO SECUNDARIO

Seguro de salud secundario: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _/ _/ ____

Numero de póliza: _____ Numero del Grupo: _____

Teléfono de Seguro: (____) ____-____ ext. ____ Numero de telefax/fax: (____) ____-____

HISTORIAL MÉDICO

Describa por favor la razón por la cual usted está buscando terapia, incluyendo Cuándo y cómo ocurrió el problema por primera vez:

¿Alguna vez tuviste estos síntomas antes? Si ___ No ___

¿Ha sido hospitalizada por esta afección? Sí (Fecha admisión: _____ Fecha de Alta: _____)

¿Actualmente está tomando medicamentos (incluyendo prescripción, de venta libre y hierbas)? Si ___ No ___

Medicación	Dosificación	Médico prescriptor

Por favor, enumere cualquier alimento, medicamento, etc. que sea alérgico/sensible a: * si es necesario, continúe en la parte posterior de la página

¿Usted ha fumado en el pasado? Sí___No___
 En caso de que Si, ¿por cuánto tiempo?_____¿Cuánto? _____
 ¿Usted bebe alcohol ahora o lo ha hecho en el pasado? Sí___No___
 En caso de que Si, ¿cuánto?_____¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Se ha caído en los últimos 6 meses? Sí___No___
 En caso de que si, número de veces _____
 ¿Ha probado positivo para la tuberculosis? Sí___No___
 En caso de que Sí, ¿ha sido tratada y despejada? _____
 ¿Ha resultado positivo en otras infecciones transmisibles? (p. ej, C-Diff, SARM, Herpes, VRE, BLAE, hepatitis, etc.)

En caso de que Si, enumérelas:

Es muy importante que tengamos una historia clínica completa para que podamos servirle mejor.

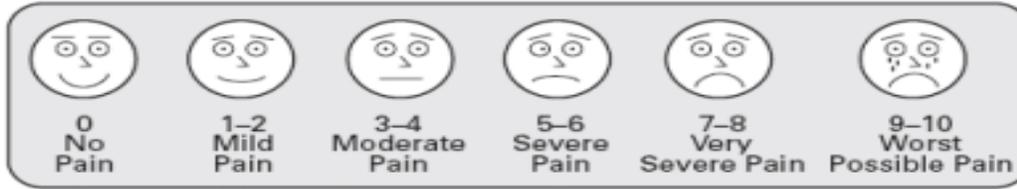
¿Tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

Diabetes	Si	No	Infección Respiratoria Superior	Si	No
Dolor/ Angina de Pecho	Si	No	Poca Tolerancia al Calor	Si	No
Presión Arterial Alta	Si	No	Poca Tolerancia al Frio	Si	No
Ataque de Corazón	Si	No	Cualquier accidente resultando en Trauma	Si	No
Palpitaciones Cardíacas	Si	No	Fracturas Recientes	Si	No
Marcapasos	Si	No	Cirugías	Si	No
Derrame Cerebral	Si	No	Implantes Metálicos	Si	No
Lesión Cerebral	Si	No	Mareos/ Desmayos	Si	No
Enfermedad Neurológica	Si	No	Anormalidades en Intestino/ Vesícula	Si	No
Convulsiones	Si	No	¿Está Embarazada?	Si	No
Dolor De Cabeza	Si	No	Zumbido en los Oídos	Si	No
Cáncer	Si	No	Nauseas/ Vómitos	Si	No
Osteoporosis	Si	No	Problemas de Salud Mental	Si	No
Anormalidades en la piel	Si	No	Hipoglucemia	Si	No
Asma/ Dificultades Respiratorias	Si	No	Reflujo Acido/ ERGE	Si	No
Problemas de Hígado/ Vesícula Biliar	Si	No	Dificultad para Masticar o Tragar	Si	No
Problemas Renales	Si	No	Pautas de Dieta especifica	Si	No
Hernia	Si	No	Otros _____		
Artritis Reumatoidea	Si	No	Otros _____		

Para todas las respuestas que "Si", por favor explique brevemente y brinde fecha aproximadas:

Dolor

En una escala de 1-10, utilizando las imágenes, ¿cuál es su nivel de dolor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



HISTORIAL LABORAL

¿Cuál es su profesión?

NECESIDADES DE APRENDIZAJE

¿Es el español su idioma principal? Sí___No___

¿Si no, Cual es su idioma principal? _____

Por favor describa las limitaciones auditivas o de visión que pueda tener:

¿Cuál es su formación académica? Escuela Primaria - Escuela Secundaria - Universitaria

Por favor escriba lo que le gustaría saber sobre su terapia o condición.

¿Cómo aprendes mejor? Instrucción Verbal Demostración - Folletos Escritos - Imágenes

INFORMACIÓN CULTURAL/RELIGIOSA (OPCIONAL)

Por favor, describa cualquier creencia o valor cultural/religioso que debamos tomar en consideración durante su tratamiento:

¿Te gustaría que un capellán te contacte para obtener apoyo emocional o espiritual?

Sí (Número de Teléfono: (___) _____)

INFORMACIÓN SOCIAL

¿Cuál es su estado civil? Soltera - Casada - Pareja – Separada / Divorciada - Viuda/o

¿Tienes hijos? Sí (Cuantos _____) No___

¿Vives actualmente con alguien? Sí (¿Quién? _____) No___

¿Quién está más involucrado en ayudarte a recuperarte de tu afección? _____

¿Con qué actividades comunitarias tienes dificultades desde tu lesión/enfermedad?

¿Tiene alguna dificultad con las habilidades de pensamiento como la memoria, la atención o la resolución de problemas? Si___No___

En caso de que Si, por favor explique _____

¿Tiene alguna dificultad para comunicarse, como dificultad para hablar, encontrar sus palabras o entender lo que otros dicen? Sí ___ No ___

En caso de que Si, Por favor explique _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Por favor proporcione cualquier información adicional que puede ser útil para nosotros.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____