

Estimado Paciente Nuevo,

Gracias por escoger Yuba City Physical Therapy para sus necesidades de rehabilitación. Como un paciente nuevo, necesitaremos que llene varias formas. Esto se puede hacer en su casa o lo puede hacer en nuestra oficina. Si usted escoge nuestra oficina, por favor llegue aproximadamente 15 minutos temprano para que complete sus formas. Por favor complete uno de cada uno de los siguientes:

1. Información del Paciente
2. Información Médico
3. Política de Privacidad

Cuando usted llegue a su cita de terapia física, por favor use ropa cómoda y floja. Por favor traiga pantalones cortos si su herida ocurrió en la extremidad baja. Y por último traiga sus medicamentos y su tarjeta de seguro (si es aplicable).

Estamos en la espera de trabajar con usted en alcanzar su meta para una salud óptima.

Gracias,

El Personal de Yuba City Physical Therapy



## YUBA CITY PHYSICAL THERAPY

### Información del Paciente

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
(circule)  
Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
(La altura y el peso requerido por Medicare)  
Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (celular): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_  
Persona Responsable: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado civil: S / C / Hijo-a / Otro  
Medico Que Refiere: \_\_\_\_\_ Medico Primario: \_\_\_\_\_

*Yo autorizo a Yuba City Physical Therapy, y todas las personas que actúen como agentes, por lo tanto, así como todo el personal para proporcionar todas las formas de diagnóstico razonable y tratamientos terapéuticos para mí, o mi hijo/a menor de edad/ el custodiado.*

### ¿Como eligió nuestra Práctica?

(Note todas que apliquen)

- Médico  Paciente Antiguo  Empleador  Folleto/Por Correo  Paginas Amarillas  
 Páginas en Internet  Amigo/Relativo; quien: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro

(Por favor presente su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

*Yo autorizo pagos presentes y futuros de los beneficios médicos que se hagan directamente a Yuba City Physical Therapy (YCPT) por los servicios dados. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios de terapia física rendidos, independientemente sí o no este tipo de servicios son un beneficio cubierto de mi seguro. Estoy de acuerdo a pagar todo el copago y cantidades deducibles al tiempo de servicio al menos de que este arreglado de otra manera. Yo autorizo que mi información medica y personal sea compartida para asegurar el pago de los beneficios.*

*Como cortesía a nuestros pacientes, YCPT le mandara la factura a su compañía de seguro. Sin embargo, es su responsabilidad de pagar cualquier cantidad que no pague o cubra su seguro. YCPT añadirá un 10% de interés al saldo responsable de el paciente si no es pagado 30 días de la fecha de vencimiento. En el caso de que su cuenta este retrasada se añadirán los gastos de administración e intereses.*

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_



# YUBA CITY PHYSICAL THERAPY

## Información Médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de síntomas: *(por favor indique en el diagrama)*

Fecha de herida o de síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha de cirugía *(si es aplicable)*: \_\_\_\_\_

Describa brevemente cómo ocurrió su accidente o herida: \_\_\_\_\_

¿Que hace para que sus síntomas mejoren?: \_\_\_\_\_

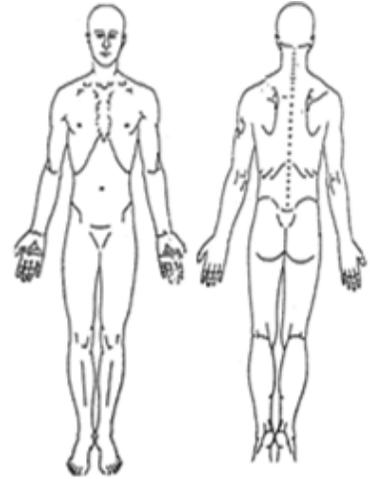
¿Que hace para que sus síntomas empeoren?: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted este problema antes? Si No ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún tratamiento para este problema en el pasado?, Si, sí por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido terapia física antes? Si No ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

Lista las más reciente radiografías, MRI o otras pruebas relacionadas: \_\_\_\_\_



## Medicamentos

¿Está tomando algún medicamento?  Si  No

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Método
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Condiciones Médicas

Por favor circule si tiene alguna de las siguientes condiciones:

- |  |                                |                               |
|--|--------------------------------|-------------------------------|
| <i>Alergias</i>  | <i>Cáncer</i>                  | <i>Dolor de cabeza</i>        |
| <i>Diabetes</i>  | <i>Embolio</i>                 | <i>Entumecido-a/Hormigueo</i> |
| <i>Ataque Cardíaco</i>                                 | <i>Osteoporosis</i>            | <i>Debilidad</i>              |
| <i>Alta Presión</i>                                    | <i>Problema de Pulmones</i>    | <i>Dolor en la Noche</i>      |
| <i>Marcapasos</i>                                      | <i>Artritis</i>                | <i>Trastorno Convulsivo</i>   |
| <i>Problema Emocionado-a/Psicológico-a</i>             | <i>Aumento de peso/Perdida</i> | <i>Hernia</i>                 |
| <i>Reemplazo de Articulaciones/Implantes Metálicos</i> | <i>Embarazada</i>              | <i>Otro: _____</i>            |

Si círculo una de las condiciones de arriba, por favor explique y apunte las fechas: \_\_\_\_\_

*(Si necesita espacio adicional, por favor continúe en la parte posterior de esta página)*

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_



**YUBA CITY PHYSICAL THERAPY**

## **PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

*Fecha efectiva de notificación: Julio 1, 2015*

Estamos cometidos a proteger su información médica y no dar a conocer información a nadie sin su consentimiento. Es una práctica médica estándar proporcionar la evaluación de terapia física y nota de progreso a su médico(s) que refieren y agentes de seguros autorizados. Por favor liste a cualquier otra persona quien tenga su permiso para hablar de sus citas, información de aseguranza o información médica. Tenemos su permiso para compartir información con alguien más que usted, su médico que refiere, y/o agentes de seguros autorizados?

Si / NO (por favor circule uno e indique abajo quien)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

He tenido la oportunidad de revisar y recibir el Aviso de Practicas de Privacidad. Yo doy mi permiso a Yuba City Physical Therapy de usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con este aviso.

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Baas & Royce Rehabilitation Services, Inc.  
dba Yuba City Physical Therapy  
1528 Plumas Court Suite 200  
Yuba City, CA 95991  
(530) 434-6256**

Fecha de entrada en vigor de la notificación: 1 de agosto de 2006

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Tal como lo exige el Reglamento de Privacidad Creado como resultado de la Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de la Ley de 1996 (HIPAA).

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED (Como un paciente de esta práctica) PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A SU individualmente identificables información de salud.

Por favor, revise cuidadosamente este aviso.

**A. Nuestro compromiso con su privacidad**

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su identificación individual de información sanitaria (IIHI). Al llevar a cabo nuestro negocio, vamos a crear registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica a usted. También están obligados por ley a proveer de usted este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su IIHI. De la ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos en vigor en el momento.

Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero hay que proveer de usted la siguiente información importante:

- Cómo podemos utilizar y divulgar su IIHI
- Su derecho a la intimidad de su IIHI
- Nuestras obligaciones relativas al uso y la divulgación de su IIHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los expedientes que contienen su IIHI que son creados o retenidos por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar el presente Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso se aplicarán a todos sus registros de que nuestra práctica ha creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que puedan crear o mantener en el futuro. Nuestra práctica publicaremos una copia de nuestro Aviso actual en nuestra oficina en un lugar visible en todo momento, y usted puede solicitar una copia de nuestra notificación más reciente en cualquier momento.

A. Si usted tiene preguntas sobre este aviso, póngase en contacto con:

Jonathan Royce, DPT  
1528 Plumas Court Suite 200  
Yuba City, CA 95991  
(530) 434-6256

A. Podemos utilizar y divulgar su identificación individual la información de salud (IIHI) en las siguientes maneras.

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos utilizar y divulgar su IIHI.

**1. Tratamiento.** Nuestra práctica puede usar su IIHI para el tratamiento de usted. Por ejemplo, podemos pedirle que vuelva a colocar su nombre en una Asignar a hoja. Su nombre puede ser escuchado por los demás a la hora de ser llamado de nuevo para, o durante su tratamiento. Su gráfico puede ser colocado en un cuadro titular de su tratamiento fuera de la habitación o en un contador en una zona de poco tráfico para permitir que el terapeuta acceso inmediato a su registro. Usted puede recibir tratamiento y / o el ejercicio de instrucción en presencia de otros. Muchas de las personas que trabajan para nuestra práctica- entre ellos, pero no se limita a, nuestros terapeutas y auxiliares - puede usar o divulgar su IIHI para el tratamiento de usted o de ayudar a los demás en su tratamiento. Además, podemos divulgar su IIHI a otros que puede ayudar en su cuidado, tales como su cónyuge, hijos o padres. Por último, también podemos divulgar su IIHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento.

**2. Pago.** Nuestra práctica puede demandar y divulgar su IIHI para facturar y cobrar el pago por los servicios y artículos que pueden recibir de nosotros. Por ejemplo podemos ponernos en contacto con su aseguradora de salud de nuestra recepción (que puede ser escuchado por otros) para certificar que usted es elegible para beneficios y para qué gama de beneficios. Nosotros podemos proporcionar su asegurador con detalles sobre su tratamiento para determinar si su aseguradora servirán para cubrir, o pagar por su tratamiento. Podemos discutir las cuestiones financieras relativas a su cuidado que pueden ser escuchadas por otros. También podemos utilizar y divulgar su IIHI para obtener el pago de terceros que puedan ser responsables de tales gastos, como los miembros de la familia. Además, podemos usar su IIHI para cobrarle directamente por servicios y artículos. Es posible que usted llame o dejar un mensaje para usted con el fin de cobrar el pago. Podemos revelar su IIHI a una agencia de cobros fuera con el fin de cobrar el pago. Podemos reveler su IIHI a otros proveedores de servicios de salud y entidades para ayudar a su facturación y la recaudación esfuerzos.

**3. Operaciones de Cuidado de Salud.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de la forma en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede utilizar su IIHI para evaluar la calidad del cuidado que usted recibió de nosotros o para llevar a cabo en función de los costos de gestión y planificación de negocios para las actividades de nuestra práctica.

**4. Recordatorios de Citas.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI ponerse en contacto con usted y recordarle de una cita o llame a usted una cita cuando se ha perdido.

**5. Divulgación Requerida por la Ley.** Nuestra práctica va a usar y divulgar su IIHI cuando estamos obligados a hacerlo por federal, estatal o local.

A. Uso y divulgación de su IIHI en determinadas circunstancias especiales.

Las siguientes categorías describen las únicas situaciones en las que podemos usar o divulgar su información de salud identificable:

**1. Riesgos para la Salud Pública.** Nuestra práctica puede revelar su IIHI a las autoridades de salud pública que están autorizados por la ley para recolectar información con fines de:

- Mantenimiento de registros vitales, como nacimientos y defunciones.
- La presentación de informes abuso o negligencia infantil.
- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Notificar a una persona en relación con la exposición potencial a una enfermedad transmissible.
- Notificar a una persona en relación con un riesgo potencial para la propagación o contraer una enfermedad o condición.
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos.
- Notificar a las personas, si un producto o dispositivo que esté utilizando se ha recordado.
- Notificación apropiada agencia del gobierno (es) y la autoridad (es) en relación con el posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluida la violencia doméstica); sin embargo, sólo revelar esta información si el paciente está de acuerdo o estamos obligados o autorizados por ley a revelar esta información.
- Notificar a su empleador bajo circunstancias limitadas, relacionadas principalmente con el lugar de trabajo lesión o enfermedad o la vigilancia médica.

**2. Actividades de Vigilancia de Salud.** Nuestra práctica puede revelar su IIHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, estudios, otorgamiento de licencias y acciones disciplinarias, civiles, administrativas y de procedimientos penales o la adopción de medidas; u otras actividades necesarias para que el gobierno controle los programas del gobierno, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y la sistema de atención de salud en general.

**3. Demandas y Procedimientos Similares.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted

está involucrado en un juicio o procedimiento similar. También podemos revelar su IIHI en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte implicada en la controversia, pero sólo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información de la Parte ha solicitado.

**4. Compensación a los Trabajadores.** Nuestra práctica puede revelar su IIHI para la indemnización de los trabajadores y programas similares.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU IIHI

Su tiene los siguientes derechos con respecto a la IIHI que mantenemos sobre usted:

- 1. Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestra práctica se comunique con usted acerca de su salud y las cuestiones conexas de una determinada manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted en su casa, lugar de trabajo. Con el fin de solicitar un tipo de comunicación confidencial, usted debe hacer una solicitud por escrito a Jonathan Royce, DPT / Yuba City Terapia Física pidió especificar el método de contacto, o del lugar donde usted desea ser contactado. Nuestra práctica tendrá en cuenta las solicitudes razonables. Usted no necesita dar una razón por su solicitud.
- 2. Requesting Restrictions.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su IIHI para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Además, usted tiene el derecho de solicitar que restringimos nuestra divulgación de su IIHI a sólo ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago de su cuidado, tales como los miembros de la familia y amigos. **Nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud;** Sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando así lo exija la ley, en caso de emergencia, o cuando la información es necesaria para el tratamiento de usted. Con el fin de solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su IIHI, usted debe hacer su solicitud por escrito a Jonathan Royce, DPT / Yuba City Terapia Física.

Su solicitud debe describir de forma clara y concisa:

- (a) La información que desea restringido;
- (b) Si usted está solicitando para limitar nuestra práctica del uso, divulgación o ambos, y
- (c) A quién desea que se apliquen los límites.

**3. Inspección y Copias.** Usted tiene el derecho a inspeccionar y

obtener una copia del IIHI que pueden utilizarse para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos del paciente y de facturación. Usted debe presentar su solicitud por escrito a Jonathan Royce, DPT / La Terapia Física en Yuba City con el fin de inspeccionar y / u obtener una copia de su IIHI. Nuestra práctica puede cobrar una cuota por el costo de copiado, envío, mano de obra y suministros relacionados con su solicitud. Nuestra práctica puede negar su solicitud de inspeccionar y / o copiar en ciertas circunstancias limitadas, sin embargo, usted puede solicitar una revisión de nuestra negación. Otra licencia profesional de la salud elegido por nosotros va a realizar comentarios.

- 4. Enmienda.** Usted puede pedir que enmendemos su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y usted puede solicitar una enmienda durante todo el tiempo en que la información sea mantenida por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y presentado a Jonathan Royce, DPT / La Terapia Física en Yuba City. Usted nos debe proporcionar con una razón que apoye su petición de modificación. Nuestra práctica puede negar su petición si usted no cumple con presentar su solicitud (y la razón apoyando su solicitud) por escrito. Además, podemos rechazar su petición si usted nos pide enmendar información que se encuentra en nuestra opinión: (a) exacta y completa, (b) no forman parte de la IIHI mantenida por o para la práctica; (c) no forma parte de la IIHI que se le permitiría inspeccionar y copiar, o (d) no creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no está disponible para modificar la información.
- 5. Contabilidad de Divulgación.** Todos nuestros pacientes tienen el derecho de solicitar una accounting de las revelaciones. Un accounting de divulgación es una lista de algunos de enrutamiento no revelaciones nuestra práctica ha hecho de su IIHI para no trato, de no pago o la falta de operaciones. La utilización de su IIHI como parte de la rutina de la atención de los pacientes en nuestra práctica no está obligado a ser documentado. Con el fin de obtener una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito a Jonathan Royce, DPT / LaTerapia Física en Yuba City. Todas las solicitudes para una de (las revelaciones accounting) debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser superior a seis (6) años a partir de la fecha de la divulgación y no puede incluir fechas antes del 14 de abril, 2008. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuito, pero nuestra práctica puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses.
- 6. Derecho a una Copia en Papel de este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con Jonathan Royce, DPT / La Terapia Física en Yuba City.

**7. Derecho a Presentar una Denuncia.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestra práctica o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, póngase en contacto con Jonathan Royce, DPT / La Terapia Física en Yuba City. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

**8. Derecho a Proporcionar una Autorización para Otros Usos y Divulgaciones.** Nuestra práctica se obtendrá su autorización escrita para usos y revelaciones que no son identificados por este aviso o permitidos por la legislación aplicable. Cualquier autorización que usted nos proporciona con respecto al uso y divulgación de su IIHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no podremos usar o divulgar su IIHI por las razones descritas en la autorización. Tenga en cuenta, estamos obligados a retener los registros de su cuidado.

De nuevo, si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o nuestra información de salud en materia de privacidad, póngase en contacto con Jonathan Royce, DPT.