

Hoja de Admisión / Información de Seguro

Nombre del Paciente (tal como aparece en la tarjeta): _____

Fecha de Admisión: _____

Teléfono a la casa (____) _____ Teléfono al trabajo (____) _____

Teléfono celular (____) _____

Médico que lo envió a Reavis: _____ Diagnóstico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Sexo: M F

¿Quién tiene la receta? Paciente Doctor Reavis Fecha de receta: _____

Servicios solicitados

Terapia Física Terapia Ocupacional Terapia del Habla Quiropráctica Nutrición Servicios Sociales

Servicios de Salud al Hogar? Sí No Fecha de alta _____

Agencia de Salud al Hogar: _____ Teléfono: _____ Fecha de alta verificada: Nombre del Contacto: _____

Problema (circule 1): No Lesión • Lesión/Accidente • Post-cirugía (No Lesión) • Post-cirugía (Lesión)

Fecha de Lesión/Cirugía: _____

Si Lesión o Accidente, circule uno: Lesión del Trabajo Lesión de Accidente Automovilístico

Lesión Deportiva Otra

Detalles de la Lesión/del Accidente: _____

Origen del **Referimiento**: Internet Amigo/Familia El paciente mismo Folleto/Negocio

Evento Médico Publicación Cuidado Diario HealthFair Páginas Amarillas

Otro (especifique): _____

Seguro de Grupo:

¿Ha tenido Terapia Física/Ocupacional/del Habla/Quiropráctica este año? Sí No

Si es que sí, ¿cuándo? ¿Dónde? Fecha de alta

Núm. de visitas: Internado en Hospital? _____

Ambulatorio en una clínica? _____

Ambulatorio en un hospital? _____

Ambulatorio con Cuidado de Salud al Hogar? _____

Compañía de Seguros Primaria: _____

Teléfono de Compañía de Seguros: _____

Nombre del Asegurado: _____

Parentesco del Paciente al Asegurado: El paciente mismo Esposo/a Hijo/a Otro

Núm. de Seguro Social del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Póliza /Miembro/ Núm. de Identificación: _____ Núm. de Grupo:

Circule uno: HMO PPO POS Medicare Parte A/B

Otro (_____) Nombre del Plan: _____

Compañía de Seguros Secundaria: _____

Tel. de Compañía de Seguros: _____

Nombre del Asegurado: _____

Parentesco del Paciente al Asegurado: El paciente mismo Esposo/a Hijo/a Otro

Seguro Social del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Póliza /Miembro/ Núm. de Identificación: _____ Núm. de Grupo:

Circule uno: HMO PPO POS Medicare Parte A/B

Otro (_____) Nombre del Plan: _____

Compensación al Obrero o Accidente Automovilístico:

FECHA DE LESIÓN: _____

¿Ha tenido Terapia Física/Ocupacional/del Habla/Quiropráctica para esta lesión? Sí No

Si es que sí, ¿cuántas visitas y de qué tipo?

TF _____ TO _____ TH _____ Quiro _____

Si es que sí, ¿Le han dado de alta? Sí No Fecha de alta _____

¿Está empleado actualmente? Sí No

Si es que no, última fecha en que trabajó: _____

Si es que sí, ¿Han cambiado sus horas de trabajo o sus deberes como resultado de su lesión? Sí No

Si es que sí: Horas de Trabajo Deberes de Trabajo Ambos

Favor de explicar:

Para accidente automovilístico: ¿Abogado? ¿Se ha entablado una reclamación? ¿Reclamación
abierta? ¿Seguro de Tercero?

Si abogado, Nombre: Teléfono:

Para Compensación al Obrero: Empleador (a la fecha de la lesión): Teléfono:
Dirección: Ciudad/Estado: Código postal:

Nombre del Contacto del Empleador: _____

Teléfono (si es diferente): _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Teléfono de la Compañía de Seguros: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Ciudad: Estado: Código Postal: _____

Núm. de Reclamación: Nombre del Contacto: _____

Ajustador de Reclamaciones o Gerente de Caso: _____

Teléfono: Extensión: Fax: _____

Fecha de Admisión: _____ **Iniciales del Empleado:** _____

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Núm. De Apto. _____
 Ciudad/Estado _____ Código postal _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____
 Núm. de Tel. durante el día: _____
 Dirección electrónica: _____ Idioma: _____ Estado Civil: _____
 Contacto de Urgencia: _____ Parentesco: _____ Núm. de Tel.: _____
 ¿Cuándo es su próxima cita para ver al doctor que le envió a Reavis? _____
 Origen del **referimiento** (¿Cómo Ud. supo de nosotros?): _____

Limitaciones Funcionales:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputación
<input type="checkbox"/> Ciego
<input type="checkbox"/> Audición
<input type="checkbox"/> Incontinencia
<input type="checkbox"/> Otro: _____ | ¿Su trabajo o sus actividades diarias involucran lo siguiente?
<input type="checkbox"/> Llevar en las manos
<input type="checkbox"/> Sentarse por más de 30 minutos
<input type="checkbox"/> Estar de pie por más de 30 minutos
<input type="checkbox"/> Levantar: Peso Promedio: _____ libras
<input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Caminar
<input type="checkbox"/> Sentarse por más de 30 minutos
<input type="checkbox"/> Estar de pie por más de 30 minutos
<input type="checkbox"/> Levantar: Peso Promedio: _____ libras
<input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|---|--|

¿Cuáles pruebas ha tenido para esta condición?		Artrograma	Ecografía Ósea
Radiografía	Ecografía TC	Prueba de Sangre	Otro:
RMI	Electromiograma/Velocidad de Conducción Nerviosa	Artroscopia diagnóstica	Otro:

¿Está viendo a especialistas para esta condición, aparte del médico que le envió a Reavis?
 Si es que sí, favor de enumerarlos:

Historia Médica	Sí	No	N/A
¿Ha sido hospitalizado para esta condición? Si es que sí, favor de especificar las fechas.			
¿Ha tenido problemas previos con el área del cuerpo que está afectada actualmente? Si es que sí, ¿cuándo?			
¿Le ha tratado algún otro proveedor de cuidado de salud (p.e., quioprático) para este diagnóstico? Si es que sí, ¿cuándo?			
¿Tiene dificultades para dormir?			

Formulario de Acuse de Recibo:

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de repasarlo.

 Firma del Paciente

 Fecha

He recibido las Políticas de Cancelaciones e Incumplimiento y he tenido la oportunidad de repasarlas.

 Firma del Paciente

 Fecha

Favor de completar las cuatro secciones que siguen.

	Sí	No	NA
¿Alguna vez ha tenido servicios de terapia física para su condición actual? Si es que sí, ¿dónde y cuándo?			
¿Sufre dolor de tronco, caderas, piernas y/o pies?			
¿Tiene dificultades para moverse para cumplir tareas como deberes del trabajo, tareas domésticas, etc.?			
¿Cae frecuentemente o tiene problemas con el equilibrio?			
¿Tiene dificultades para cumplir tareas como caminar, manejar vehículos, etc.?			

¿Alguna vez ha tenido servicios de terapia ocupacional para su condición actual? Si es que sí, ¿dónde y cuándo?			
¿Sufre dolor en los hombros, brazos, muñecas y/o manos?			
¿Necesita asistencia para vestirse?			
¿Necesita asistencia para cerrar cierres en la ropa (botones, broches, etc.)?			
¿Tiene dificultades para manipular objetos pequeños?			
¿Requiere asistencia para preparar las comidas?			
¿Necesita asistencia para cuidar a los niños (levantarlos, etc.)?			
¿Necesita asistencia para limpiar su casa?			
¿Le es difícil participar en sus pasatiempos favoritos?			
¿Le es difícil cumplir tareas al trabajo?			

¿Alguna vez ha tenido servicios de terapia del habla para su condición actual? Si es que sí, ¿dónde y cuándo?			
¿Le es difícil expresarse verbalmente?			
¿Los demás tienen dificultades para entender lo que usted dice?			
¿Tiene dificultades para articular palabras correctamente?			
¿Le es difícil identificar objetos?			
¿Le es difícil encontrar la palabra justa?			
¿Le es difícil recordar acontecimientos, personas o actividades?			
¿Le es difícil tragar agua u otros líquidos?			
¿Le es difícil tragar comidas de texturas diferentes?			

¿Requiere asistencia con la transportación?			
¿Necesita asistencia con las compras/diligencias?			
¿Necesita asistencia con las comidas/el cuidado personal?			
¿Necesita asistencia con colocación en un trabajo o con la re-formación profesional?			
¿Ha perdido interés en las cosas que solía disfrutar?			
¿Se ha sentido triste o con la moral por los suelos?			
¿El futuro le parece desolador y sin esperanza?			
¿Tiene dificultades para tomar decisiones?			
¿Ha notado un cambio en sus hábitos de comer o dormir?			
¿Su lesión o enfermedad actual le ha causado problemas a los cuales no se puede enfrentar?			

For Office Use Only: Reviewed by (initial): ___PT ___OT ___ST ___MSW ___QA
Referral made to (initial and date): ___PT ___OT ___ST ___MSW

Additional Information: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Admisión:** _____

Historia de Salud

Confidencial

Actual		Pasado	
			Marque (✓) los síntomas que tiene actualmente o que ha tenido en el pasado.
			SIDA
			Anemia
			Ansiedad
			Artritis/Osteoartritis
			Disfunciones vasculares/de sangrar
			Cáncer
			Dolor de Pecho
			Síndrome de dolor regional complejo
			Convulsiones/Ataques
			Depresión
			Diabetes
			Mareos
			Trombosis de vena profunda/Coágulos de sangre
			Enfisema /Enfermedad pulmonaria obstructiva crónica
			Epilepsia
			Desmayos
			Fibromialgia
			Gota
			Ferretería/Implantes
			Lesión a la cabeza
			Dolores de cabeza/Migrañas
			Problemas auditivos
			Enfermedad coronaria
			Soplo cardíaco
			Latido irregular del corazón
			Hepatitis
			Hernia
			Herpes
			Hipertensión arterial
			Colesterol alto
			Positivo para VIH
			Sistema de circuitos interno/Marcapasos
			Infección
			Enfermedad renal
			Lupus
			Esclerosis múltiple
			Osteoporosis
			Flebitis
			Embarazo
			Trastorno psicológico
			Fiebre reumática
			Falta de aliento
			Fumar /Alcohol /Drogas
			Derrame cerebral
			Tobillos hinchados
			Problemas de la garganta
			Enfermedad tiroidea
			Tuberculosis
			Problemas urinarios
			Problemas visuales

MEDICAMENTOS Enumere los medicamentos que toma en la actualidad.		
Nombre	Dosis	Frecuencia

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Admisión: _____



Consentimiento para Cuidado

Por este medio yo doy mi consentimiento y autorizo a Reavis Rehab (Reavis) a proveerme de cuidado y tratamiento según ha prescrito mi médico. Un representante de Reavis explicará mi plan de cuidado y todas mis preguntas se contestarán a mi satisfacción. Entiendo que el plan de tratamiento puede cambiar y que, si esto pasa, estos cambios se discutirán conmigo. Entiendo además que yo recibiré y/o mi familia/cuidador recibirá instrucciones para asistir en mi cuidado. Consiento en notificar a mi médico o a otras personas que me provean de cuidado, de toda reacción adversa u otro acontecimiento significativo relacionado con mi salud.

Revelación de Información y Responsabilidad

Certifico que la información que doy al solicitar un pago bajo el TÍTULO XVII del Acto de Seguridad Social es correcta. Autorizo a todo poseedor de información médica u otra información mía, necesaria para esta reclamación o para otra reclamación relacionada, a revelarla a la Administración de Seguridad Social o a sus intermediarios o portadores. Autorizo además a todo poseedor de información médica u otra información mía, a revelar la información que sea necesaria para completar mi reclamación de beneficios bajo mi(s) póliza(s) de seguro de grupo o individual(es). Esta autorización librerá a Reavis Rehab de toda responsabilidad legal.

Responsabilidad de Pago

Cargamos a su compañía de seguros de cortesía. Usted debe hacer arreglos para pagar hoy su co-pago o su deducible estimado. Si su compañía de seguros no remite el pago dentro de un tiempo oportuno, usted será responsable del balance completo. En el evento de que su compañía de seguros solicite un reembolso de pagos hechos, usted será responsable de la cantidad de dinero reembolsado a su compañía de seguros.

Entiendo y estoy de acuerdo de que yo soy responsable de todo deducible, co-pago, co-seguro u otras cantidades de dinero para servicios que mi seguro no cubra. Entiendo y estoy de acuerdo de que yo soy responsable de toda cantidad que mi compañía de seguros rehuse pagar por servicios o provisiones que yo reciba.

Entiendo que Reavis ha hecho todo lo razonable a verificar mi cobertura de seguro. Una verificación de elegibilidad, beneficios y/o autorizaciones no constituye una garantía de pago por parte de mi compañía de seguros. Todos los beneficios quedan pendientes hasta que la compañía de seguros procese una reclamación. Yo soy responsable de todo porcentaje o deducible que la compañía de seguros ha dejado sin pagar. Entiendo y estoy de acuerdo de que, si no hiciera alguno de los pagos de que soy responsable dentro de un tiempo oportuno, yo seré responsable de todos los costos de cobrar el dinero que yo deba, inclusive costos judiciales, costos de agencias de colección y honorarios de abogados.

Por la presente, _____ Compañía de Seguros queda autorizado e instruido a pagar a Reavis todos los beneficios a los cuales yo tenga derecho, para servicios o provisiones provistos por Reavis. En el evento de que el pago se haga directamente a mí, remitiré dicho pago a Reavis sin demora. Entiendo que una multa de retraso con una tasa de porcentaje anual de 18% se cargará a todas las cuentas con más de 30 días de retraso.

Pacientes de Medicare: Entiendo que Reavis acepta Asignación de Medicare y que yo no seré responsable de ninguna cantidad por encima de los cargos permisibles según Medicare. Entiendo que, si es aplicable, mi seguro secundario se cobrará para todas las cantidades que Medicare no cubra. **Entiendo además que Medicare no pagará por servicios terapéuticos ambulatorios si estoy recibiendo o si empiezo a recibir Servicios de Salud al Hogar reembolsables por Medicare durante el mismo período de tiempo.** No se afectan los servicios de **Ama de Casa**/Servicios de Salud al Hogar reembolsados por Medicaid o por el Estado.

Pacientes de Compensación al Obrero: La antedicha responsabilidad no se aplica a pacientes cubiertos bajo Compensación al Obrero. Sin embargo, si luego se le niegan los beneficios, usted será responsable de la cantidad total de los cargos para los servicios que haya recibido.

Costo Estimado al Paciente: _____

Firma del Paciente o del Responsable

Nombre del Paciente (en Letra de Molde)

Testigo del Personal **de Reavis**

Fecha

A Nuestros Pacientes:

Re: Cancelaciones y Incumplimiento en Aparecer

Lo que sigue son nuestras políticas en cuanto a las cancelaciones y el incumplimiento en aparecer. En Reavis Rehab tomamos este asunto muy en serio porque puede determinar la diferencia en el éxito de su tratamiento. Normalmente, el doctor que le ha enviado y/o su terapeuta ha prescrito una frecuencia determinada de tratamientos. Asistir a estas visitas según el programa es una de sus responsabilidades más importantes. Aparte de eso, lo único que usted necesita hacer es seguir las instrucciones de su terapeuta. Así podremos ayudarle a lograr sus metas en el tratamiento.

Requerimos 24 horas de aviso para una cancelación. Cuando nos llame, es su responsabilidad tener en mente una fecha y hora alternativas, para asegurar que complete el número de tratamientos prescritos para esa semana.

Hay un cargo de \$20 por cada cancelación sin aviso adecuado. Su seguro no cubrirá este cargo; usted tendrá que pagarlo personalmente. Sin embargo, tenemos un sistema de recompensas para los pacientes que mantienen todas sus citas o que vuelven a programar sus citas con poca frecuencia.

Para los pacientes de Compensación al Obrero y Lesión Personal: La documentación de todas las citas a que usted falte se remite a su Gerente de Caso y a su Médico Primario. Esto podría poner en peligro su reclamación.

Si vuelve a programar su cita, es posible que tenga que ver a un terapeuta que no sea el que normalmente lo trata. Todos nuestros terapeutas son profesionales con experiencia. Estudiarán sus gráficas de paciente para prepararse para su tratamiento, así que estará en buenas manos.

Favor de entender que su dolor puede aumentar y/o disminuir durante el curso de su tratamiento.

Cualquiera de estas dos condiciones puede parecerle una justificación a no venir:

- a) Se siente peor y piensa que el tratamiento no está dando resultados.
- b) Se siente mejor y es un día perfecto para ir a hacer windsurf.

Ninguna de estas condiciones es una razón legítima de no venir:

- a) Si tiene dolor, venga para resolverlo.
- b) Si no tiene dolor, ahora podemos empezar a hacer una verdadera corrección de las causas subyacentes de su problema y/o educarle para que no se lastime otra vez, etc.

Cuando no viene según el programa, esto afecta negativamente a tres personas: A usted mismo, porque no recibe el tratamiento que necesita según ha prescrito el doctor y/o el terapeuta físico; al terapeuta, que ahora tiene un espacio vacío en su itinerario, ya que ese tiempo estaba reservado para usted personalmente; y a otro paciente, quien podría haber recibido tratamiento si usted hubiera dado aviso adecuado.

Favor de cooperar con nosotros en este asunto. Quedamos a la espera de trabajar con usted.