

# OPTIMAL PERFORMANCE & PHYSICAL THERAPIES

## KENDALL HAND & PHYSICAL THERAPY



Informacion del Paciente				
Nombre:		Sobrenombre:	Apellido:	
Direccion:		Ciudad:		Estado:   Codigo Postal:
Numero de Celular: (    ) )		Otro numero de tel: (    ) )		
Ultimos 4 digitos de SS:	Fecha de Nacimiento:		Sexo: Hombre/Mujer	Casado(a) / Soltero(a) / Otro
Empleador:		Correo Electronico:		
Informacion del Medico				
Referido por Dr:			Telefono del Dr:	
Medico Primario:			Telefono del Primario:	
Informacion del Seguro				
Seguro Primario:			Numero de ID:	
Nombre del miembro:		Fecha de Nacimiento:	Relacion con usd:	
Direccion del miembro:		Ciudad:	Estado:   Codigo Postal:	
Numero telefonico del miembro: (    ) )		Otro numero de tel: (    ) )		
Seguro Secundario:			Numero de ID (Secundario):	
Nombre del miembro:		Fecha de Nacimiento:	Relacion con usd:	
Informacion del contacto para Emergencias				
Nombre del contacto:			Relacion:	
Telefono: (    ) )		Otro Telefono: (    ) )		
Otra Informacion				
Esto es relacionado a su trabajo? Si / No		Si es por trabajo, fecha de accidente:		
Esto es relacionado a un accidente de auto? Si / No			Si es de auto, fecha de accidente:	
Solo Para Pacientes de Medicare				
<b>Usted esta recibiendo ALGUN servicio de cuidados caseros (incluyendo enfermera, asistencia para vestir, asistencia para bañarse, inyecciones, servicios respiratorios, terapia fisica, terapia ocupacional or terapia de lenguaje? Si / No</b>				
<b>Nombre de la Agencia:</b>				
<b>Si, deseo recibir recordatorios para sus citas via texto/ correo de vos (circule uno)   o   No, gracias</b>				
Como supo de nosotros? " Referido Medico " Familia/Amistad " Otro (describa): _____				
<p>Por la presente, doy consentimiento para recibir tratamiento, o el menor de edad nombrado, por el personal de OPPT y/o como dirigido por el medico que me refirio. Yo autorizo liberacion de informacion clinica para procesar reclamos para estos servicios. Yo autorizo la liberacion de informacion clinica para el tratamiento, pagos y otras operaciones relacionadas a mis cuidados medicos. Yo asigno mis beneficios medicos pagables para estos servicios directamente a OPPT. Yo entiendo que soy responsable por cualquier co-pago, co-seguro, deducibles, o cualquier otro cobro particular si ninguna compañía de seguro o tercera parte se hace cargo de los cobros recibidos durante este tratamiento.</p> <p style="text-align: center;">*Férulas no son reembolsables</p>				
Firma: _____		Fecha: _____		
Firma de Padre/tutor legal: _____		Fecha: _____	Relacion: _____	
<p>_____ Yo reconozco que e leído y recibido una copia de los avisos de practicas de privacidad de OPPT. Yo entiendo que esta informacion describe como mi informacion medico puede ser usada o liberada por OPPT</p> <p>Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a Beth Patterson ,PT, DPT, SCS, CHC, Presidente de la Conformidad a 3903 Northdale Blvd, Suite 111W, Tampa, FL 33624</p>				



**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Este formulario contiene una serie de preguntas diseñadas a ayudar a nuestros Terapeutas Fisicos/Ocupacionales para evaluar su condición. Esta información ayudara a su Terapeuta a proveer el mejor cuidado posible. Por favor conteste cada pregunta de la mejor manera.

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_

**Tiene marcapaso? Si No**

**Fuma? Si No**

**SI ES MUJER:** Esta o piensa que esta embarazada? Si No

**ALERGIAS:** Es alergico a alguna medicina?: \_\_\_\_\_

**Tiene sensibilidad al latex? Si No**

**Porfavor describa el estado de su salud (Marque): Excelente Muy Buena Buena Regular Pobre**

---

**RECIENTEMENTE ha notado alguna de las siguientes condiciones?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga                           | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo                | <input type="checkbox"/> Constipación             |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/Escalofrio/Sudores        | <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular                      | <input type="checkbox"/> Diarrea                  |
| <input type="checkbox"/> Nausea/Vomito                    | <input type="checkbox"/> Mareos/Dolores de cabeza leves          | <input type="checkbox"/> Desmayos                 |
| <input type="checkbox"/> Perdida/Aumento de peso          | <input type="checkbox"/> Acides/Indigestión                      | <input type="checkbox"/> Toz                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas de balance/Caidas      | <input type="checkbox"/> Dificultad al comer                     | <input type="checkbox"/> Estornudos               |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                | <input type="checkbox"/> Intolerancia a alguna comida            | <input type="checkbox"/> Falta de aire            |
| <input type="checkbox"/> Inchazon en las piernas/Tobillos | <input type="checkbox"/> Problemas Intestinales/Vejiga           | <input type="checkbox"/> Palpitaciones de corazón |
| <input type="checkbox"/> Brotes en la piel                | <input type="checkbox"/> Alguna infección en los últimos 3 meses |   |

**Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer                                | <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Hypothyroidismo        |
| <input type="checkbox"/> Ataque/Enfermedad de Corazón          | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares                                     | <input type="checkbox"/> Hypertyroidismo        |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta                 | <input type="checkbox"/> Neumonía   | <input type="checkbox"/> Gota                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho/angina              | <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Osteoporosis           |
| <input type="checkbox"/> Problemas en las valvulas del corazón | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoida                                      | <input type="checkbox"/> Multiple esclerosis    |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación              | <input type="checkbox"/> Artritis Degenerativa                                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Coagulos en la sangre (DVT)           | <input type="checkbox"/> Infecciones Vejiga/Urinales                              | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia           |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (TIA or CVA)         | <input type="checkbox"/> Infecciones de Riñon                                     | <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales    |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                | <input type="checkbox"/> Infección de huesos/articulaciones                       | <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Type 1 or 2)                | <input type="checkbox"/> Inflamación de Pelvis                                    | <input type="checkbox"/> Endometriosis          |
| <input type="checkbox"/> Infecciones (HIV, Hepatitis, TB)      | <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias quimicas (alcoholismo, drogas) |   |

**Alguien en su familia (padres, hermanos, hermanos) han sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer                      | <input type="checkbox"/> Diabetes (Type 1 or 2)       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis        |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón       | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral(TIA or CVA) | <input type="checkbox"/> Poblemas de Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta       | <input type="checkbox"/> Depresión                    | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre  |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico abdominal |   |  |

En el último mes se ha sentido deprimido, decaido? SI NO

En el último mes se ha sentido con muy poco interes en realizar cosas? SI NO

Le gustaria que le ayudaramos en algo? SI SI, PERO HOY NO NO

Se siente inseguro en casa , o ha sido maltratado/agredido en alguna manera? SI NO

Escriba las medicinas que esta tomando actualmente (pastillas, inyecciones, y/o parches en la piel)

Medicina	Dosis/Frecuencia	Para que es la medicina

Ha tomado esteroides para alguna condición medica? SI NO

Ha tomado anticoagulantes para alguna condición medica? SI NO

Esta actualmente tomando algun anti-inflamatorio como (Aleve, Motrin, Aspirin, Ibuprofen etc)? SI NO

Liste las cirugias que haya tenido o condiciones por la cual haya sido hospitalizado, incluya las fechas:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Actividades en las cuales participa (deportes):

\_\_\_\_\_

Ocupación y actividades que hace en su trabajo:

\_\_\_\_\_

Cuales son sus expectativas en relacion a la terapia y su recuperación?

\_\_\_\_\_

Vive solo? SI NO

Condición actual:

Que tratamiento ha recibido para este problema (Terapia Fisica/Ocupacional, Terapia de Masaje, Chiropractico, Inyecciones, Calor/Frio, otro)\_\_\_\_\_

Que procedimientos ha tenido (Rayos X, MRI, CT Scan, EMG/NCV, Prueba de Sangre, Estudio Doppler, Gammagrafia Osea, Ultrasonidos, Prueba de estres cardiaco)

\_\_\_\_\_

Ha tenido problemas similares en el pasado? Si No Si si, Como fue tratado?

\_\_\_\_\_

Cuanto tiempo tardo para recuperarse? \_\_\_\_\_

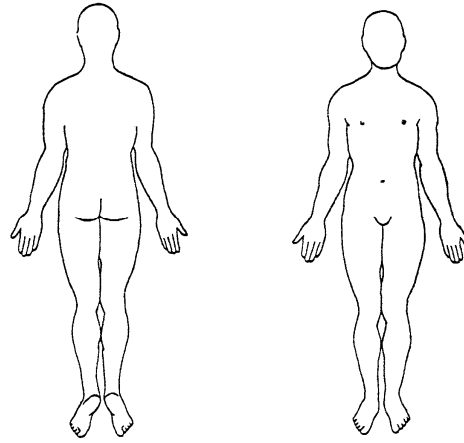
Si sus sintomas son relacionados a un accidente, como paso?

\_\_\_\_\_

**Tabla de cuerpo:**

Porfavor marque las areas donde usted sienta los sintomas utilizando los siguientes simbolos para describir sus sintomas:

- ↓ **Dolor Intenso/Agudo**
- **Dolor Profundo**
- ||| **Adormecimiento**
- = **Hormigueo**



Fecha de inicio de los síntomas/lesión: \_\_\_\_\_

**Como comenzarán los sintomas? Gradualmente De Repente**

**Sus sintomas actualmente:**  Mejor  Lo mismo  Peor

**Sus sintomas :**  Van y vienen  Son constantes  Constantes, pero cambian con actividades

---

**Factores Agravantes:** Identifique 3 posiciones o actividades que hacen que sus sintomas empeoren:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Factores que Alivian:** Identique 3 posiciones o actividades que hacen que sus sintomas mejoren:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Como los sintomas inferieren con su sueño?**

Ninguna manera  Dificultad al dormir  Lo despierta el dolor  Tiene que tomar medicamentos para poder dormir

**Cuando son sus sintomas peor?**  Mañana  Medio dia  Tarde  Noche  Despues de hacer ejercicio

**Cuando sus sintomas mejoran?**  Mañana  Medio dia  Tarde  Noche  Despues de hacer ejercicio

---

Favor de circular el número que mejor representa su nivel promedio de función.

**No puede realizar nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Puede realizar todo**

**Utilizando la escale de 0 - 10, 0 “no dolor”y 10 “peor dolor imaginable” por favor explique:**

**Por favor califique su nivel actual de dolor en este momento:** \_\_\_\_\_

**Por favor califique se mejor nivel de dolor en las últimas 24 hrs:** \_\_\_\_\_

**Por favor califique su peor nivel de dolor en las últimas 24 hrs:** \_\_\_\_\_



**Optimal Performance & Physical Therapies**

## **OPTIMAL PERFORMANCE AND PHYSICAL THERAPIES HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Esta noticia describe como la información médica de nuestros pacientes puede ser usada y divulgada y como tener acceso a esta información.

**Por favor lea con cuidado**

**El propósito de esta noticia:** La ley requiere OPPT mantenga la privacidad de cierta información confidencial del cuidado de salud. Esta ley se conoce como (PHI) Información de salud protegida, nos requiere también proveerle a usted una noticia de nuestros deberes legales de prácticas privadas con respecto al PHI del paciente.

Esta noticia se describen derechos legales, aviso de nuestras prácticas privadas y delinea como OPPT es permitido un el de divulgar y usar PHI de nuestros pacientes. Un OPPT también se le requiere acatar los términos de la versión de esta Noticia actualmente en efecto. En muchas situaciones, nosotros podemos usar esta información como se describe en la Noticia pecado permiso, pero hay algunas situaciones donde podemos usarla solo después de recibir autorización por escrito del paciente, si estamos requeridos por la ley de hacerlo así.

**Uso y divulgación de PHI:** OPPT podría usar PHI por el propósito de pagos y operaciones de cuidado de salud, en muchos casos sin permiso por escrito. Ejemplos del uso PHI:

**Por tratamiento:** Esto incluye suministro, coordinación o dirección de cuidado de salud y servicios relacionados por uno o más proveedores de cuidado de salud, incluye la coordinación de dirección del cuidado de salud por un proveedor de salud medica con tercera parte, consultación entre el proveedor relacionado al paciente; o el proveedor que ha referido el paciente con otro proveedor.

**Por Pago:** Esto incluye cualquier actividad que tuviéramos que asumir en orden de ser reembolsados por servicios proveídos al paciente, estas cosas incluyen a la organización de PHI y enviar facturas a las compañías de seguros (directo o por tercera parte) dirección de reclamaciones de pagos por servicios proveídos, determinación y reviso de necesidad médica, reviso de utilización y colecciones de cuentas pendientes.

**OPPT no usara ni divulgara más información de la ya necesariamente "requerida" por el propósito de pago. Esto es conocido como usar solamente la cantidad mínima necesaria para el propósito del uso de divulgación. Nosotros somos responsables de mantener y proteger la información de nuestros pacientes, con la secretaria de salud y Servicios Humanos.**

**Operaciones de cuidado de salud:** Esto incluye actividades del control de calidad, licenciatura y programas de tratamiento para asegurar que nuestro personal reúna nuestros valores de cuidado y siga los procedimientos y pólizas establecidas, obtener servicios financieros legales, conducir planificación de negocios, procesar reclamo de quejas, creando reportes que no lo identifiquen con el propósito de coleccionar o por actividades de publicidad.

OPPT es requerido por ley a notificar a nuestros pacientes en caso de una violación de su información de salud protegida no asegurada cuando ha sido o se cree razonablemente que han sido acceder, adquirida o divulgada como consecuencia del incumplimiento.

**Para las comunicaciones de Publicidad:** Podemos utilizar o divulgar su información médica para identificar servicios relacionados con la salud y productos que pueden ser beneficiosos para su salud y podremos contactarlo acerca de estos servicios.

**Uso y divulgación de la PHI sin su autorización:** OPPT está permitido usar PHI sin autorización por escrito, o la oportunidad de oponerse en ciertas situaciones, incluyendo:

1. Para el uso de OPPT en obtener el pago por los servicios prestados o en otras operaciones de atención médica.
2. A otro proveedor de cuidado de salud o entidad para las actividades de pago del proveedor o entidad que recibe la información (por ejemplo, su compañía de seguros).
3. A otro proveedor de atención médica (por ejemplo, el médico de referencia) para las actividades de operaciones de atención médica de la entidad que recibe la información mientras la entidad que recibe la información tiene o ha tenido una relación con nuestros pacientes y la PHI pertenece a esa relación.
4. Para la detección de fraude y abuso de cuidado de la salud o para actividades relacionadas con el cumplimiento de la ley.
5. A un miembro de la familia, otro amigo personal relativa o cerrar u otra persona involucrada en la atención de nuestros pacientes si obtenemos un acuerdo verbal para hacer así o si le damos a nuestros pacientes una oportunidad para oponerse a una divulgación y no levanta

una objeción. También podemos divulgar información de salud para la familia, parientes o amigos si se infiere de las circunstancias que no existe ninguna objeción. Por ejemplo, suponemos que nuestros pacientes de acuerdo a nuestra divulgación de información personal de salud de su cónyuge cuando su cónyuge nos ha llamado para ellos. En situaciones donde nuestros pacientes no son capaces de oponerse (porque los pacientes no están presentes o debido a la incapacidad o emergencia médica), podemos, a nuestro juicio profesional, determinar que una divulgación a miembro de la familia, pariente o amigo del paciente es en el mejor interés. En esa situación, Divulgaremos solamente salud información relevante a la participación de esa persona en nuestra atención al paciente.

6. A una autoridad de salud pública en determinadas situaciones (por ejemplo, reportando un nacimiento, muerte o enfermedad según lo requerido por ley, como parte de una investigación de la salud pública, al informe adulto o niño de abuso o negligencia o violencia doméstica, para reportar eventos adversos tales como defectos en el producto o para notificar a una persona sobre la exposición a una enfermedad comunicable posible) como es requerido por ley.

7. Para las actividades de supervisión de salud incluyendo auditorías o investigaciones gubernamentales, inspecciones, procedimiento disciplinario y otras acciones administrativas o judiciales emprendidas por el gobierno (o sus contratistas) por la ley para supervisar el sistema de salud.

8. Para procesos judiciales y administrativos como requeridos por una orden judicial o administrativa, o en algunos casos en respuesta a una citación u otro proceso legal.

9. Para las actividades de aplicación de la ley en situaciones limitadas, como cuando hay una orden de la solicitud o cuando la información es necesaria para localizar a un sospechoso o detener un crimen.

10. Para los militares, defensa nacional, seguridad y otras funciones especiales del gobierno.

11. Para evitar una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o el público en general.

12. A efectos de compensación a los trabajadores y conforme a las leyes de compensación de trabajadores.

13. A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para la identificación de una persona fallecida, determinar la causa de la muerte, o continuar sus deberes según lo autorizado por la ley.

14. Si el paciente es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan del trasplante del órgano adquisiciones u órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar el trasplante y donación de órganos.

Cualquier otro uso o divulgación de la PHI, distintos de los enumerados anteriormente, sólo se realizará con autorización por escrito (la autorización debe identificar específicamente la información que buscamos para usar o divulgar, así como cuándo y cómo tratamos de usar o revelar). Autorización puede ser revocado en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que nos hemos ya usada o divulgada información médica en dependencia de esa autorización.

**Derechos del paciente:** Nuestros pacientes tienen una serie de derechos con respecto a la protección de su PHI.

OPPT permitirá individual para ejercer derechos del paciente.

**El derecho a acceder, copiar o inspeccionar PHI.** Información electrónicamente será proporcionada en forma electrónica si solicitada por el paciente. OPPT requiere que las solicitudes para inspeccionar o copiar la PHI enviarse por escrito a nuestra oficina.

**El derecho a modificar el PHI.** Nuestros pacientes tienen el derecho de pedirnos que enmendemos su información médica por escrito.

**El derecho de solicitar una contabilidad de nuestro uso y divulgación del PHI de un individuo.** Nuestros pacientes pueden solicitar una contabilidad de ciertas revelaciones de su información médica que hemos hecho en los últimos seis años antes de la fecha de la solicitud. No estamos obligados a dar una contabilidad de la información nos hemos usada o divulgada para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También no estamos obligados a dar cuentas de nuestras aplicaciones de PHI para lo cual ya tenemos una autorización por escrito para tal uso. Para solicitar una contabilidad de la información médica que hemos usado o divulgó que no está exento del requisito de la contabilidad, contacte al oficial de privacidad aparece al final de este aviso.

**El derecho de solicitar que restrinjamos los usos y divulgaciones de la PHI de un individuo.** Nuestros pacientes tienen el derecho a solicitar que restrinjamos cómo usamos y revelamos su información médica que tenemos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para restringir la información que se proporciona a la familia, amigos y otras personas involucradas en su cuidado de salud. Pero si la información es necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia, entonces podemos utilizar el PHI o divulgar la PHI a un proveedor de atención médica para proporcionarles tratamiento de emergencia.

Nuestros pacientes tienen el derecho de una restricción a la divulgación de la PHI a un plan de salud para el pago si el paciente ha pagado total por los servicios y artículos en esa visita.

**Las revisiones de la notificación:** OPPT se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, y los cambios serán efectivos inmediatamente y serán aplicables a la PHI que mantenemos. Cualquier cambio de material a la notificación será publicado en nuestras instalaciones con prontitud y publicado en nuestro sitio Web. Nuestros pacientes recibirán una copia de la última versión de esta notificación contactando al oficial de privacidad identificados a continuación.

**Sus derechos legales y quejas:** Nuestros pacientes también tienen derecho a quejarse a nosotros o al Secretario de los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos, si creen que su privacidad o derechos han sido violados. Las quejas no ser represalias contra en cualquier forma para archivar una queja con nosotros o con el gobierno. Si nuestros pacientes tienen preguntas, comentarios o quejas que pueden dirigir que todas las consultas al oficial de privacidad aparece al final de este aviso. Individuos no ser represalias contra para archivar una queja.

Si tienes alguna duda o si desea presentar una queja o ejercer cualquier derecho que figuran en este aviso, comuníquese con:

Rendimiento óptimo y terapias físicas

Atención: Beth Patterson Privacy Officer

3903 Northdale Blvd, Suite 111W

Tampa, FL 33624

Para quejarse a la secretaria de salud y servicios humanos, por favor utilice la siguiente información y Dirección:

Región IV - Atlanta (Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, Carolina del norte, Carolina del sur, Tennessee)  
Roosevelt Freeman, Gerente Regional  
Oficina de derechos civiles  
Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos  
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70  
61 Forsyth Street, S.W.  
Atlanta, GA 30303-8909  
Voz al teléfono (800) 368-1019  
FAX (404) 562-7881  
TDD (800) 537-7697

**Yo reconozco que he recibido una copia de Optimal Performance and Physical Therapies' Noticia de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que esta información describe como Optimal Performance and Physical Therapies puede divulgar y usar mi información De salud protegida.**

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_ (please print)

**Patient's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Este aviso es efectivo en o después del 18/07/13.



9415 Sunset Dr., Suite 111 • Miami, FL 33173  
Phone: (786) 507-8278 • Fax: (786) 409-2692

## Cancelaciones/No cumplir con sus citas

Kendall Hand and Physical Therapy requiere un aviso de 24 horas para cancelar una cita. La falta de no contactar a nuestra oficina o no presentarse a una cita, puede resultar en un cargo de \$45.00.

Este cargo no será cubierto por su seguro. Si usted cancela o no se presenta a 3 citas consecutivas, puede ser dado de alta del tratamiento y su medico sera notificado.

Si usted es un paciente de Workers Compensation, su ajustador o enfermera a cargo de su caso sera notificado acerca de las visitas canceladas o perdidas.

Nuestra clinica se reserve el derecho de cancelar o reprogramar una cita si llega mas de 10 minutos tarde.

Gracias por su cooperacion. Nosotros creemos que esto nos ayuda a servir mejor a cada uno de nuestros pacientes con igualdad y respeto.

---

Firma del Paciente

---

Fecha