Registro del paciente

Por favor, complete todas las secciones con letra clara. La información correcta nos ayuda a verificar sus beneficios y a facturar a su seguro sin errores. Puede escribir en este formulario desde una computadora o teléfono, o imprimirlo y llenarlo a mano. Traiga todas las páginas a su primera cita.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido(s) | Nombre | Inicial del segundo nombre

Nombre preferido | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino

Dirección postal | Apto. / Suite

Ciudad | Estado | Código postal

Teléfono celular | Teléfono de casa u otro | Correo electrónico

Recordatorios de citas por: ☐ Mensaje de texto ☐ Llamada ☐ Correo electrónico

Idioma preferido: ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Otro

Empleador | Ocupación

Contacto de emergencia | Teléfono | Relación con usted

Clínica: ☐ Cumming ☐ Alpharetta ☐ Cualquiera

¿Cómo supo de nosotros? ☐ Mi médico ☐ Google ☐ Amigo o familiar ☐ Abogado ☐ Otro: _____

MOTIVO DE SU VISITA

Motivo principal: ☐ Vértigo o mareo ☐ Equilibrio o caídas ☐ Conmoción cerebral ☐ Dolor de cuello o espalda
☐ Accidente de auto ☐ Lesión de trabajo ☐ Después de una cirugía ☐ Otro: _____

Fecha en que empezó, o fecha de la lesión o cirugía | Médico que lo refiere o médico de cabecera

Nombre del consultorio | Teléfono del médico | Última visita con su médico

SEGURO MÉDICO

Seguro principal | Número de miembro | Número de grupo

Titular de la póliza (si no es usted) | Fecha de nacimiento del titular | Relación con el paciente

Seguro secundario | Número de miembro | Número de grupo

P: (470) 380-7007 · F: 866-851-2493

Registro del paciente (continuación)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

ACCIDENTE DE AUTO O LESIÓN DE TRABAJO (SI APLICA)

Número de reclamo _____ Compañía de seguros y ajustador _____ Teléfono del ajustador _____

Abogado y bufete _____ Teléfono del abogado _____ Empleador al momento de la lesión _____

OTROS SERVICIOS

¿Recibe actualmente servicios de salud en el hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido servicios de salud en el hogar en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

¿Recibe fisioterapia en otro lugar, por cualquier condición? ☐ Sí ☐ No

PADRE, MADRE O TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O TIENE UN TUTOR LEGAL)

Nombre _____ Relación con el paciente _____ Teléfono _____

PERMISO PARA HABLAR SOBRE MI ATENCIÓN (OPCIONAL)

Doy permiso a North Atlanta Vertigo & Physical Therapy para hablar sobre mis citas, mi atención y mi facturación con las personas que aparecen abajo. Puedo cambiar o cancelar este permiso en cualquier momento por escrito.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Buzón de voz: ☐ Pueden dejar mensajes detallados sobre mi atención ☐ Dejen solo su nombre y un número para devolver la llamada

Confirmo que la información de este formulario es correcta y completa, y avisaré a la oficina si algún dato cambia.

Firma del paciente o tutor legal _____ **Fecha** _____

P: (470) 380-7007 · F: 866-851-2493

Consentimiento para el tratamiento y acuerdo financiero

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento voluntario para recibir evaluación y tratamiento por parte de los fisioterapeutas de North Atlanta Vertigo & Physical Therapy (Bodyset Inc.). Mi atención puede incluir una revisión de mi historial de salud; pruebas de movimiento, fuerza, sensibilidad, coordinación y equilibrio; pruebas de movimientos oculares y de posición, incluido el uso de gafas de video infrarrojas; pruebas computarizadas de equilibrio; maniobras de reposicionamiento de partículas (canalitos) para el VPPB; ejercicios vestibulares, de equilibrio y de estabilidad de la mirada; terapia manual; ejercicio terapéutico; educación sobre la neurociencia del dolor; y un programa de ejercicios para el hogar.

Algunas pruebas y tratamientos para el mareo, como las pruebas de posición y las maniobras de reposicionamiento, pueden causar por un momento vértigo, náuseas o inestabilidad, y el ejercicio y la terapia manual pueden causar molestias temporales. Mi terapeuta me protegerá durante las actividades de equilibrio. Le avisaré de inmediato si me siento mal o si algo me resulta demasiado incómodo, para que se pueda modificar o detener. Si mi mareo es fuerte, buscaré a alguien que me lleve a mis citas.

Puedo hacer preguntas sobre mi atención en cualquier momento. Entiendo que puedo rechazar o detener cualquier prueba o tratamiento, y que no se puede garantizar un resultado específico.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo a North Atlanta Vertigo & Physical Therapy a divulgar la información médica y de facturación necesaria para procesar mis reclamos con mi plan de salud, Medicare, la aseguradora de auto, la aseguradora de compensación laboral o mi abogado, y a compartir información sobre mi atención con mis médicos tratantes y con el médico que me refirió. Asigno el pago de mis beneficios de seguro y de Medicare directamente a North Atlanta Vertigo & Physical Therapy por los servicios que reciba. Si me envían a mí un pago del seguro, me comprometo a entregarlo pronto a la clínica junto con la explicación de beneficios.

ACUERDO FINANCIERO

- Soy responsable de mis copagos, coseguros, deducibles y de cualquier servicio que mi plan no cubra. Los montos pendientes se cobran en cada visita.
- La información sobre beneficios que recibo es un cálculo aproximado de mi compañía de seguros, no una garantía de pago. Soy responsable de conocer mi plan, incluidos los límites de visitas y cualquier referido o autorización que requiera.
- Las visitas de pago propio y fuera de la red se cobran con la tarifa fija vigente de la clínica al momento del servicio y se pagan en cada visita. Puedo solicitar un recibo detallado (superbill).
- Si mi atención se factura a Auto MedPay o bajo una Carta de Protección (Letter of Protection), sigo siendo responsable de cualquier cargo que no pague mi aseguradora de auto o que no se cubra con mi reclamo, acuerdo o sentencia.
- Si mi atención se factura a Compensación Laboral (Workers' Compensation), proporcionaré la información de mi reclamo y de mi ajustador. Si mi reclamo es negado, soy responsable de los cargos no cubiertos.
- Los saldos no pagados pueden enviarse a cobranza, y yo podría ser responsable de los costos razonables de cobranza según lo permita la ley. Se puede cobrar un cargo por pagos devueltos.

PRIVACIDAD Y COMUNICACIÓN

Reconozco que se me ofreció el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica, que explica cómo se puede usar y compartir mi información de salud y describe mis derechos. Puedo pedir una copia en cualquier momento. Acepto que la clínica se comunique conmigo por los medios que elegí en el formulario de registro, incluidos mensajes de texto y correo electrónico, para recordatorios de citas y mensajes sobre mi atención. Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos, y puedo cancelar estos mensajes en cualquier momento.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y acepto este consentimiento y acuerdo financiero.

Firma del paciente o tutor legal	Nombre en letra de molde	Relación (si no es el paciente)	Fecha

P: (470) 380-7007 · F: 866-851-2493

Políticas de la clínica

CITAS Y ASISTENCIA

Cada visita dura 60 minutos completos, de manera individual con su fisioterapeuta, y ese tiempo está reservado solo para usted. Asistir a todas sus citas programadas es una de las partes más importantes de su recuperación, y una cita perdida es tiempo que otro paciente pudo haber usado.

¿Cómo cancelo o cambio una cita? Llame al (470) 380-7007 por lo menos 24 horas antes de su cita. Las cancelaciones con menos de 24 horas de aviso se consideran cancelaciones tardías.

¿Qué es una inasistencia? Una inasistencia es una cita perdida sin ningún aviso.

¿Hay algún cargo? Se puede cobrar un cargo por cancelaciones tardías e inasistencias. Este cargo no se puede facturar al seguro y debe pagarse antes de su próxima visita.

¿Hay excepciones? Sí. Si está enfermo, tiene una emergencia o se siente demasiado mareado para manejar con seguridad, llámenos. Podemos no aplicar el cargo, aunque la cita perdida sí cuenta para el límite que se indica abajo.

¿Qué pasa si pierdo varias citas? Después de tres cancelaciones tardías o inasistencias en un período de 30 días, es posible que solo podamos darle citas para el mismo día, según disponibilidad.

¿Qué pasa si voy a llegar tarde? Llámenos. Si llega más de 15 minutos tarde, es posible que tengamos que acortar o cambiar su cita, y se puede aplicar el cargo por cancelación tardía.

TARJETA REGISTRADA (OPCIONAL)

Autorizo a North Atlanta Vertigo & Physical Therapy a guardar de forma segura mi tarjeta de crédito o débito y a cobrar en ella los montos que deba, como copagos o saldos pendientes después de que mi seguro procese un reclamo. Recibiré un recibo por cada cargo. Puedo rechazar esta opción y pagar en cada visita.

Si no desea dejar una tarjeta registrada, ponga sus iniciales aquí: _____

PERTENENCIAS PERSONALES Y NIÑOS

La clínica no se hace responsable por la pérdida o el daño de objetos personales. Por seguridad, los niños deben estar supervisados y no deben usar el equipo de ejercicio.

Al firmar a continuación, acepto estas políticas de la clínica y me comprometo con mi plan de atención.

Firma del paciente o tutor legal	Nombre en letra de molde	Fecha

P: (470) 380-7007 · F: 866-851-2493

Cuestionario de salud

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

SU PROBLEMA PRINCIPAL

¿Qué lo trae hoy a consulta?

_____

¿Cuándo empezó? _____ ¿Cuáles son sus metas para la terapia? _____

¿Cómo empezó? ☐ De repente ☐ Poco a poco ☐ Después de una caída o lesión ☐ Accidente de auto ☐ Después de una enfermedad ☐ Después de una cirugía ☐ Sin causa clara

Desde que empezó, está: ☐ Mejor ☐ Más o menos igual ☐ Peor

Empeora en la: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Al anochecer ☐ Noche ☐ Igual todo el día

MAREO Y EQUILIBRIO (OMITA ESTA SECCIÓN SI NO APLICA)

Mi mareo se siente como: ☐ Que todo gira (vértigo) ☐ Desmayo o cabeza ligera ☐ Inestabilidad o falta de equilibrio ☐ Balanceo o vaivén ☐ Sensación de niebla o "raro" ☐ Sensibilidad al movimiento ☐ Visión borrosa o que salta ☐ Náuseas o vómito

Cada episodio dura: ☐ Segundos ☐ Minutos ☐ Horas ☐ Días ☐ Es constante

Se provoca al: ☐ Voltearme en la cama ☐ Acostarme o levantarme ☐ Mirar hacia arriba o agacharme ☐ Girar la cabeza ☐ Ponerme de pie rápido ☐ Estar en tiendas o lugares concurridos ☐ Usar pantallas ☐ Nada en particular

Síntomas de oído y cabeza: ☐ Pérdida o cambio de audición ☐ Zumbido (tinnitus) ☐ Oído tapado o con presión ☐ Dolor de oído ☐ Dolores de cabeza ☐ Historial de migraña ☐ Sensibilidad a la luz o al ruido

¿Ha tenido un golpe en la cabeza o una conmoción cerebral? ☐ Sí ☐ No Fecha: _____

¿Perdió el conocimiento? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha caído en el último año? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántas veces? _____

¿Tiene miedo de caerse? ☐ Sí ☐ No

Ayuda para caminar: ☐ Ninguna ☐ Bastón ☐ Andador ☐ Silla de ruedas ☐ Otra: _____

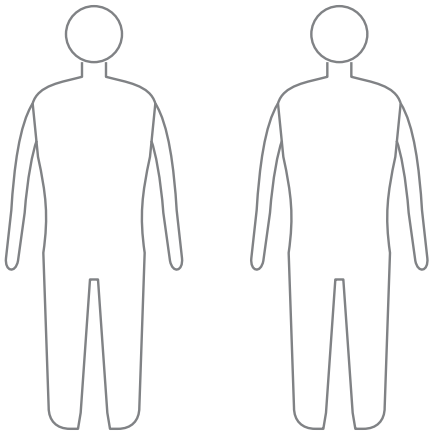
P: (470) 380-7007 · F: 866-851-2493

Cuestionario de salud (continuación)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

DOLOR (OMITA ESTA SECCIÓN SI NO TIENE DOLOR)

Marque dónde siente dolor, entumecimiento u hormigueo.



Frente Espalda

El dolor se siente: ☐ Agudo ☐ Sordo o constante ☐ Ardor ☐ Punzante o que corre ☐ Pulsante ☐ Entumecimiento ☐ Hormigueo ☐ Debilidad

Con qué frecuencia: ☐ Constante ☐ Frecuente ☐ Ocasional ☐ Va y viene

Dolor de 0 (nada) a 10 (el peor imaginable):

Ahora: _____ En su mejor momento: _____ En su peor momento: _____

¿El dolor se extiende a un brazo o una pierna? ☐ Sí ☐ No

VIDA DIARIA

Actividades o posiciones que lo empeoran

Actividades o posiciones que lo mejoran

Actividades diarias que ahora le cuestan trabajo

Pruebas que le han hecho por este problema: ☐ Radiografía ☐ Resonancia magnética ☐ Tomografía ☐ Prueba de audición ☐ VNG o prueba de equilibrio ☐ Análisis de sangre ☐ Otra: _____

Tratamientos que ha probado (medicamentos, terapia, inyecciones, cirugía)

Ocupación

¿Ha cambiado su trabajo por este problema? (sí / no, cómo)

REVISIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD

Marque cualquiera que tenga ahora. Si alguno es nuevo o repentino, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. No espere a su cita de terapia.

- ☐ Dolor de cabeza repentino y muy fuerte
- ☐ Dificultad para hablar o tragar
- ☐ Desmayo
- ☐ Pérdida reciente del control de la vejiga o del intestino
- ☐ Visión doble o pérdida de la vista
- ☐ Debilidad o entumecimiento en un lado del cuerpo
- ☐ Dolor de pecho o latidos muy rápidos
- ☐ Ninguno de estos

P: (470) 380-7007 · F: 866-851-2493

Historial médico y medicamentos

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Marque ANTES para las condiciones que tuvo en el pasado y AHORA para las que tiene actualmente. Esto ayuda a su terapeuta a planear una atención segura y eficaz.

Antes	Ahora	Condición
☐	☐	Presión arterial alta
☐	☐	Presión arterial baja
☐	☐	Enfermedad del corazón o infarto
☐	☐	Latidos irregulares
☐	☐	Marcapasos o desfibrilador
☐	☐	Derrame cerebral o mini derrame (AIT)
☐	☐	Diabetes
☐	☐	Problemas de tiroides
☐	☐	Migraña
☐	☐	Convulsiones o epilepsia
☐	☐	Esclerosis múltiple
☐	☐	Enfermedad de Parkinson
☐	☐	Neuropatía (manos o pies entumecidos)
☐	☐	Ansiedad
☐	☐	Depresión
☐	☐	Cáncer (tipo): _____

Antes	Ahora	Condición
☐	☐	Osteoporosis
☐	☐	Artritis
☐	☐	Artritis reumatoide o lupus
☐	☐	Asma o EPOC
☐	☐	Enfermedad de los riñones
☐	☐	Pérdida de audición
☐	☐	Cirugía o infecciones de oído
☐	☐	Enfermedad de Ménière
☐	☐	Problemas de la vista (glaucoma, cataratas)
☐	☐	Vértigo o VPPB en el pasado
☐	☐	Conmoción cerebral en el pasado
☐	☐	Cirugía de cuello o espalda
☐	☐	Reemplazo de articulación
☐	☐	Embarazo actual
☐	☐	Dependencia del alcohol o drogas
☐	☐	Otra: _____

Estatura _____ Peso _____ Uso de tabaco (tipo y cantidad) _____ Bebidas alcohólicas por semana _____

Cirugías y hospitalizaciones (con fechas)

Medicamentos (incluya suplementos y medicinas sin receta)

Medicamento	Dosis	Con qué frecuencia

Alergias (medicamentos, látex, otras)

Firma del paciente o tutor legal _____ **Fecha** _____

Para uso de la oficina: revisado por _____ Fecha _____