



DASH Therapy
Evaluacion Inicial - Cuestionario del Pre-examen
CONFIDENCIAL

Para evaluar su condicion completamente, Por favor llene este formulario, sea lo mas exacto que pueda con sus respuestas.

Nombre: Apellido _____ Primer _____ Segundo _____

Direccion: _____ Ciudad / Estado / Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Años _____ Telefono de Casa #: _____

Género: Mujer Hombre Celular #: _____

Seguro Social #: _____ Trabajo # _____

Estado Civil: C S D V Otro: _____ Correo Electronico: _____

Contacto de Emergencia: _____

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Médico Primario: _____

Médico Especialista / Cirujano: _____

Queja principal sobre su lastimadura? _____

Fecha en que se lastimo? _____ Fecha de su Cirugia ? _____

En la escala abajo, por favor de poner un circulo alrededor del numero que significa su nivel de DOLOR, el peor que ha tenido en los últimos dos dias.

Menos / Suave *Moderado* *Severo*
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

• ¿Toma usted algun medicamento para el dolor / problema? SI NO Le ayuda? SI NO

Si contesto, Sí, nombre por favor los medicamentos _____

• ¿Son cualquiera de sus actividades diarias / habituales afectadas? SI NO

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Es este un caso de Indemnizacion al Trabajador (*Workers Comp*)? SI NO

Compania para la que trabaja: _____ Ocupacion: _____

Direccion: _____ Telefono : _____ Fax#: _____

Esta trabajando? SI NO Si, contesto NO que fue el ultimo dia que trabajo? _____

Nombre de la Aseguranza? _____ Telefono : _____ Fax#: _____

Informacion del representante encargada (o) de su caso:

Nombre: _____ Telefono : _____ Fax#: _____

Otro: _____ Telefono : _____ Fax#: _____

Otra aseguranza?

Nombre: _____ Telefono : _____ Fax#: _____

Resumen de Prácticas de Privacidad

La información siguiente es el resumen de la **NOTA de PRACTICAS de PRIVACIDAD**. ESTA NOTA DESCRIBE SOBRE COMO SU INFORMACION MEDICA DE USTED ES UTILIZADO, REVELADO Y COMO PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR CON CUIDADO.

La ley requiere que mantengamos la privacidad de su información médica. Debemos respetar los términos de esta nota. Usted puede pedir una copia de esta nota. Si la nota es revisada, o cambiada una copia estará disponible sobre la petición.

Utilizamos y revelamos su información médica para el **Tratamiento**. Por ejemplo, nosotros llamaremos a su médico para discutir el progreso que usted ha hecho a consecuencia de sus tratamientos de terapia. Utilizaremos y revelaremos su información médica para el **Pago**. Por ejemplo, nosotros podemos proporcionar su plan de seguro con información sobre su diagnóstico y el tratamiento. Utilizaremos y revelaremos su información médica para **Operaciones de Asistencia médica**. Por ejemplo, nosotros podemos utilizar su información médica para evaluar y/o mejorar nuestros servicios. Le podemos contactar por teléfono o correo para recordarle de una cita, para discutir otros asuntos de asistencia médica o para discutir pagos de nuestros servicios.

Podemos utilizar y revelar su información médica para notificarte de alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con salud. Podemos revelar su información médica a esos individuos que participan en su cuidado o el pago para ese cuidado. Debe notificar a nuestra oficina por escrito si usted no desea que hagamos estas comunicaciones.

Podemos utilizar su información médica como requisito y permitido por la ley. Cualquier otro usos o revelaciones serán hechos sólo sobre su autorización por escrito. Puede revocar la autorización en cualquier tiempo solo notificando a nuestra oficina por escrito.

Usted tiene los derechos siguientes: **recibir una copia de su nota de privacidad; solicitar que restricciones son utilizados y revelaciones de su información médica y para recibir comunicaciones confidenciales; inspeccionar y copiar su información médica; solicitar una enmienda a su información médica; y a una contabilidad de revelaciones de su información médica.**

Contacto de Información: Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, contacte por favor nuestro Designee al (559) 627-3274 o Secretario de EEUU de la Salud y Servicios Humanos.

AVISO IMPORTANTE

Estoy de acuerdo en pagar un cargo de \$25.00 si NO ME PRESENTO o CANCELO mi cita con 24-horas de anticipacion.

Iniciales

Yo, como paciente autorizo la liberación de cualquier clínico/médico información necesaria para la tramitación de las prestaciones pagaderas a mí o DASH Therapy con médicos y/o gastos médicos. Soy responsable a Dash Therapy por servicios no cubiertos por esta asignación. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada como válido como un original.

Firma del Paciente : _____ Fecha: _____

Firma de la persona responsable,
Si el paciente es un menor: _____ Fecha: _____