

Yo certifico que me han informado del **Anuncio de las Prácticas de Privacidad** de Inova Health System y que tengo el derecho de recibir una copia si la solicito. Este Anuncio describe el tipo de aplicaciones y de accesos de mi información protegida de la salud que pudieron ocurrir durante mi tratamiento. Cuál facilitará el pago de mis cuentas o el funcionamiento de las operaciones del cuidado de salud de Inova Health System. El Anuncio también describe mis derechos y las obligaciones de Inova Health System respecto a la información protegida sobre mi salud. Entiendo que copias del **Anuncio de las Prácticas de Privacidad** están disponibles en las áreas del registro de cada facilidad de Inova Health System y en la página web de Inova Health System en www.inova.org. Puedo solicitar que una copia sea enviada por correo si llamo al **703-204-3342**.

Inova Health System se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que están descritas en el **Anuncio de las Prácticas de Privacidad**. Puedo obtener el **Anuncio de las Prácticas de Privacidad** revisado si llamo al teléfono anteriormente mencionado, y solicito que me envíen una copia revisada, o si solicito una copia en mi próxima cita o a través de la página web de Inova Health System.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL

NOMBRE DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL

PATIENT IDENTIFICATION

INOVA HEALTH SYSTEM
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL ANUNCIO
DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices
(Spanish)

CAT #84572 (Spanish) / R040803

PKGS OF 100

MR 32-06



1PMTREV

Nombre del paciente: _____ N.º del expediente clínico: _____

Fecha de servicio: _____ Ubicación: _____ N.º de cuenta: _____

Autorización para pagos y revisiones de reclamaciones para pacientes ambulatorios

1. Para beneficiarios de Medicare:

Certifico que la información que me suministraron en la solicitud de pago conforme al Título XVIII de la Ley del Seguro Social, es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare sea efectuado en mi nombre a Inova (o sus filiales), por los servicios que me hayan suministrado durante los períodos correspondientes de atención médica.

2. Cesión y coordinación de los beneficios de seguro:

Acepto proporcionar información en lo relacionado con todos los beneficios de seguro médico que me puedan corresponder a mí o al paciente. Por la presente cedo el pago, si corresponde, de parte del plan de beneficios médicos de la compañía de seguros a Inova (o sus filiales) por los servicios prestados al paciente. Por el presente autorizo pagos directamente a Inova, incluso cualquier beneficio que de otro modo debiera asignárseme conforme a los términos de mi póliza, pero sin que exceda el saldo debido a Inova (o sus filiales) por servicios que se me hayan suministrado durante los períodos correspondientes de atención médica.

3. Servicios no autorizados, no cubiertos o fuera del plan:

Comprendo que si mi compañía de seguros o administrador de beneficios no considera que ninguno de los servicios suministrados está cubierto o no ha autorizado dichos servicios, estos no se pagarán y yo acepto pagar dichos servicios. También comprendo y acepto que, en el caso de que los servicios se hayan prestado fuera del plan o de la red, podrían aplicarse beneficios reducidos y es posible que deba pagar un copago, deducible o coseguro mayor, u otros cargos.

4. Responsabilidad de pago:

En mi capacidad como paciente, representante legal o representante del beneficiario para el paciente, acepto pagar todos los cargos con respecto a los cuales pueda tener responsabilidad legal incluso, entre otros, los deducibles de beneficios de salud, copagos, coseguros y servicios no cubiertos. En caso de que mi cuenta deba ser encomendada a un abogado o agencia de cobros para obtener el pago, pagaré todos los honorarios razonables de los abogados y demás costos relacionados con el cobro.

5. Pacientes que han sufrido accidentes automovilísticos: se le proporcionará un aviso relacionado con la cesión de beneficios de gastos médicos en un documento aparte.

Mediante mi firma a continuación, certifico que he leído y comprendo lo que antecede, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me las respondieron, y que acepto los términos y condiciones que anteceden, que he leído el aviso sobre la cesión de beneficios de gastos médicos para pacientes que han sufrido accidentes automovilísticos, si corresponde, y acepto pagar todos los cargos que me correspondan legalmente, entre otros, los deducibles, los copagos y los servicios no cubiertos por mi seguro médico. También acepto que, en caso de que mi cuenta deba ser encomendada a un abogado o agencia de cobros para obtener el pago, pagaré todos los honorarios razonables de los abogados y demás costos relacionados con el cobro incurridos por Inova. Comprendo y acepto que este documento permanecerá vigente para mi visita actual y todas las consultas como paciente ambulatorio o en los consultorios médicos de Inova en el futuro, a menos que yo lo rescinda por escrito.

PACIENTE (TUTOR, ETC.) (PATIENT (GUARDIAN, ETC.))

FECHA/HORA (DATE/TIME)

PARENTESCO CON EL PACIENTE (SI EL PACIENTE NO FIRMA)

TESTIGO (WITNESS)

FECHA/HORA (DATE/TIME)

Aviso: no es necesario que los pacientes firmen este formulario de cesión de beneficios. Si usted no firma este formulario, todos los cargos se le facturarán directamente a usted en vez de a su Plan de seguro.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

INOVA HEALTH SYSTEM

Autorización para pagos y revisiones de reclamaciones - Pacientes ambulatorios

AUTHORIZATION FOR CLAIMS, PAYMENT, AND REVIEWS - AMBULATORY

SPANISH



SOLICITUD CONTINUA
 Por medio de mis iniciales solicito que lo estipulado en este formulario permanezca en efecto durante el curso actual de mi tratamiento / del tratamiento del paciente.



3ADA

Inova Staff: At the first opportunity, please complete this form with the patient or companion and have it scanned into the patient's electronic medical record. **Complete one form per person requesting accommodation.**

Paciente o acompañante: Si usted o el acompañante que le ayuda con su atención tiene una necesidad especial, sírvase indicarla a continuación:

La afección clínica del paciente no le permite llenar el formulario en este momento.

	Paciente	Acompañante/Tutor legal
¿Es sordo o tiene mucha dificultad para oír?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es ciego o tiene mucha dificultad para ver, aun cuando usa anteojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir escaleras? (mayores de 5 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna otra necesidad especial o discapacidad que exija servicios o adaptaciones durante su consulta de hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si ha indicado arriba que tiene una necesidad, ¿usted o su acompañante necesita servicios o adaptaciones relacionados con la(s) necesidad(es) señalada(s)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sírvase explicar el tipo de adaptación solicitada:

¿Tiene instrucciones especiales para los proveedores de atención? En caso afirmativo, sírvase explicarlas a continuación:

Notas del personal sobre las adaptaciones realizadas: (Inova Staff: Please document in detail accommodation(s) requested and services given.)

Al firmar a continuación, certifico por medio del presente instrumento que (i) se me ha dado la oportunidad de informar si yo tengo y/o si mi acompañante tiene una discapacidad o una necesidad especial que exija adaptaciones; (ii) he tenido la oportunidad de informar sobre mis necesidades al personal como se indica en el texto precedente y que las respuestas seleccionadas antes son veraces, precisas y completas; (iii) tengo entendido que el servicio médico Inova Health System hará cuanto esté a su alcance para atender mis solicitudes y que cualquier adaptación proporcionada será gratuita; (iv) se me ha ofrecido/entregado una copia del folleto sobre los derechos del paciente, que contiene información para presentar una queja en caso de que no esté satisfecho con las adaptaciones que he solicitado durante la consulta de hoy.

Firma del paciente/representante/acompañante del paciente
 (Signature of Patient/Patient Representative/Companion)

Fecha
 (Date)

Hora
 (Time)

Letras de molde: _____

Relación con el paciente: Él mismo Padre/madre Familiar Amigo Otra _____

Firma del empleado que sirvió de testigo
 (Signature of Employee Witness)

Fecha
 (Date)

Hora
 (Time)

Letras de molde: _____

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name _____

DOB: _____ MR# _____

Inova Health System

**Ley sobre Estadounidenses con
 Discapacidades (ADA)/ Evaluación
 de necesidades especiales**

**Americans with Disabilities Act (ADA)/
 Special Needs Assessment**

CAT # 20328DT6P-1P / R060314 - PAQUETES DE 100





Para asegurarnos de que recibe una evaluación completa y exhaustiva, necesitamos que nos provea importante información en el siguiente formulario. Si no entiende alguna pregunta, deje el espacio en blanco y el terapeuta le ayudará.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Alergias: Haga una lista de las alergias que tiene, incluso alergia a medicamentos: _____
¿Es sensible al látex? SÍ NO ¿Es alérgico al adhesivo? SÍ NO

Marque de cuáles profesionales de la salud recibe atención médica actualmente:

____ Médico (MD) ____ Psiquiatra/Psicólogo ____ Otro: _____
____ Osteópata ____ Fisioterapeuta ____ Quiropráctico

¿Le han diagnosticado ALGUNA VEZ alguna de las siguientes enfermedades?

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Cáncer	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Artritis Reumatoide
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Problemas del corazón/circulación	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Otros problemas de artritis
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Osteoporosis/osteopenia
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Dependencia química	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Hepatitis
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Marcapasos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Epilepsia
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Depresión	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	VIH

Para las mujeres: ¿Está embarazada o piensa que podría estarlo? SÍ NO

Haga una lista de las heridas, cirugías u otros trastornos importantes para los cuales haya recibido tratamiento (incluye fracturas, dislocaciones, esguinces) y la fecha aproximada de la lesión:

Fecha	Lesión	Fecha	Lesión
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Haga una lista de todos los medicamentos de VENTA LIBRE, suplementos dietéticos y medicamentos BAJO RECETA que haya tomado en la última semana:

1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	5. _____	6. _____

Ha notado recientemente:

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	aumento/pérdida de peso inesperado	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	fiebre /escalofríos /sudoración
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	náuseas /vómito	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	dolor durante la noche
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	fatiga	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	cambios en la frecuencia urinaria
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	debilidad	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	disfunción intestinal

En este momento, diría que su salud es: (Seleccione uno)

Excelente Muy Buena Regular Mala

Dolor: PROMEDIO: en las últimas 24 horas, ¿cuál es el promedio del dolor que ha tenido?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										El peor dolor imaginable

Dolor: MÍNIMO: en las últimas 24 horas, ¿cuánto es el mínimo de dolor que ha tenido?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										El peor dolor imaginable

Total: ___/30
(para el terapeuta)

Dolor: PEOR: en las últimas 24 horas, ¿cuánto es el peor dolor que ha tenido?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										El peor dolor imaginable

¿Cuán satisfecho está con el uso o función actual de su parte del cuerpo lesionada?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy satisfecho										Muy satisfecho

Contactos en caso de emergencia: _____

Número de Teléfono: _____



**INOVA[®] PHYSICAL
THERAPY CENTER**

Póliza de Cancelación

La misión del Centro Inova Physical Therapy Center, es brindarle a cada paciente un excelente cuidado médico, de manera apropiada.

Para brindar un cuidado más eficiente y efectivo, le pedimos que nos comunique si no puede asistir a su cita programada. Su cancelación nos permite utilizar mejor las citas que quedan disponibles; otorgándoselas a los pacientes que necesitan ser atendidos de manera inmediata.

Si necesita cancelar su cita programada, **le pedimos que nos llame o deje un mensaje por lo menos 24 horas antes del horario en que tiene programado su cita.** Existe una gran demanda de citas; por lo tanto, si cancela su cita con anticipación, le estará dando a otra persona la oportunidad de recibir un cuidado oportuno.

Nos reservamos el derecho a cobrar un **cargo de \$35** por una visita de media hora y \$ 50 por una visita de una hora :

- 1. Cancelar cualquier cita en un plazo menor de 24 horas de anticipación.**
- 2. Faltar a su cita sin antes llamar para cancelarla (no-asistir)**
- 3. llegar 15 o más, minutos tarde y no poder ser atendido por el médico.**

Se le solicita que pague el cargo de cancelación antes de que comience su siguiente cita programada. Los cargos de cancelación no serán afrontados por el seguro.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Vigente a partir del 1^{ro} de Enero del 2012.