



Formulario de Inscripción

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Fecha Nacimiento _____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____

Dirección _____ Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Celular _____

Correo Electrónico _____

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Empleado Estudiante Retirado

Contacto de emergencia

Puede esta persona ser informada de tu condición? Si No

Nombre _____ Teléfono _____ Relación al Paciente _____

Información del médico

Médico de Atención Primaria _____ Número de Teléfono _____

Cuando comenzó a tener síntomas de dolor? Fecha ____/____/____

Has tenido cirugía por esta condición? No Si Fecha ____/____/____

Detalles: _____

Actualmente estoy tomando los siguientes medicamentos (marque todos que aplican):

Dolor Antinflamatorios Relajantes Muscular Anticouagulantes

Lista de medicamentos: _____

Tengo (o han tenido):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> depresión / ansiedad | <input type="checkbox"/> problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> arthritis | <input type="checkbox"/> artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> incautación | <input type="checkbox"/> coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> enfermedad o condiciones de corazon | <input type="checkbox"/> problemas de pulmones | <input type="checkbox"/> problemas de presión |
| <input type="checkbox"/> dolor en el pecho/ angina | <input type="checkbox"/> implantes | <input type="checkbox"/> accidente cerebral |
| <input type="checkbox"/> asthma | <input type="checkbox"/> problemas de hígado | <input type="checkbox"/> marcapaso |
| <input type="checkbox"/> problemas de circulation | <input type="checkbox"/> úlceras | <input type="checkbox"/> fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> problemas de vejiga o riñones | <input type="checkbox"/> Otras condiciones: _____ | |
| <input type="checkbox"/> diabetes | | |

Actualmente fuma si no Fumaba en *el pasado* si no

Actualmente embarazada si no

Alergias: _____

El dolor MINIMO que he tenido EN LA ÚLTIMA SEMANA:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Ninguno) (Irritante) (Incómodo) (Horrible) (Agudísimo)

Es el PEOR dolor que he tenido EN LA ÚLTIMA SEMANA:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Ninguno) (Irritante) (Incómodo) (Horrible) (Agudísimo)

Consentimiento para los Propósitos de Tratamientos, Pagos y Operaciones del Cuidado de Salud

Yo doy mi consentimiento por el uso o la divulgación de la información de mi salud protegido por Liv Active Therapy Center para la evaluación o prestación de tratamiento para mí, y por obtener los pagos para la factura de salud o la realización de operaciones de atención médica de Liv Active Therapy Center. Yo entiendo que la evaluación o el tratamiento de mi por Liv Active Therapy Center puede ser condicionada por mi consentimiento como evidencia de mi firma en este documento. Yo entiendo que yo tengo el derecho para solicitar un restricción en cuanto mi información protegida de salud va ser utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o operaciones atención médica de la práctica. Liv Active Therapy Center No esta obligado de aceptar los restricciones que yo solicite, pero, si Liv Active Therapy Center acepta los restricciones que solicite, el restricción sea de acuerdo con Liv Active Therapy Center Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, escrito, en cual menos que Liv Active Therapy Center a tomado acción en confianza en este consentimiento. Mi "información de salud protegida", incluye mi información de demográfica, de mi y creído o recibido de mi terapeuta, otra proveedor de atención médica, el plan de salud, mi empleador, o un centro de atención de la salud Este información de salud protegido se refiere con mi pasado, el presente o mi futuro físico o salud mental o condenación y me identifica, o que existe una base razonable para creer que la información que pueda identificarme. Yo entiendo que yo tengo el derecho de revisar el aviso de las prácticas de privacidad de Liv Active Therapy Center antes de firmar este documento. Me dieron el aviso de las prácticas de privacidad de Liv Active Therapy Center. El aviso de las prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de cuidado de la salud de Liv Active Therapy Center. El aviso de prácticas de privacidad, también esta disponible en el recepción y por el internet de Liv Active Therapy Center. Este aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y el trabajo de Liv Active Therapy Center con respecto mi información de salud protegido. Liv Active Therapy Center tiene el derecho para cambiar el aviso de prácticas privacidad para que refleje cual que cambios de las políticas federales HIPPA. Yo puedo obtener un revisión de el aviso de practicas de privacidad por el sitio, o sin no puedo llamar la oficina para que me manda una copia firmada por el coreó, o le pregunto hasta mi siguiente sita.

Liberar de Información:

La firma abajo autoriza Liv Active Therapy Center, sea firmado como paciente o tutor, divulga la información medical solicitado por las compañías de seguros, empleadores, y otro partes responsables, menos que se indique lo contrario. Si la autorización para divulgar información es negada, pago por servicios prestados será exigible en el momento de los servicios.

Cancelación/Póliza de no estar Presente

Todos los pacientes que no llegan a su cita se le cobrara un cargo de no esta presente de \$25.00. Por favor llama para cancelar su cita si no puede llegar a su cita. Todos los citas que pierde van estar escrito en su tabla. Si no hay atento de hacer otra cita, Liv Active Therapy Center le va intentar de tener contacto con el paciente. Después de tres intentos de hacer otra cita con el paciente, la terapeuta va a ponerse en contacto con el doctor y asesorar un descargo del paciente por incumplimiento del paciente. Esta póliza ayuda para asegurarse el necesario tratamiento para recuperación y nosotros agradecemos su cooperación con esta póliza.

Autorización para Mensajes con Detalles

Yo doy consentimiento ha Liv Active Therapy Center para que deje información con detalles a un persona o en una maquina de voz por lo que se refiere de los tratamientos, confirmación de citas, información de cargos, o otro información relacionada. Menos que me notificaron por escrito, este consentimiento permanecerá en efecto preminentemente.

Asignación de los Beneficios de Seguro:

La firma abajo acepta, sea paciente o tutor, pagos directamente para Liv Active Therapy Center por cual que beneficios de seguro o si no por otro nombre de o en nombre de los firmantes para su evaluación y tratamiento. Es entendido que la firma de él o ella son responsable de los cargos que no están cubierto con este asignación. Me explicaron y entiendo mis beneficios y que es posible que me puede cobrar con cualquier copagos o participe o costo y que yo soy responsable de los pagos cualquier cargo que puede ser debido. Todos los copagos se tienen que pagar al tiempo del servicio. También yo doy permiso que Liv Active Therapy Center depositen cheques recibido en mi cuenta cuando ha hecho para mí.

Autorización de Paciente/Guardián para Tratamiento

Yo doy consentimiento para evaluación de terapia y tratamientos dictada por Liv Active Therapy Center, también mis iniciales indique que yo ha leído y admitido los temas con respecto.

Nombre de Paciente (letra despegada): _____

Nombre del Guardian: _____

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____