

4151 Camino Coyote • Las Cruces, NM 88011
Office (575) 522-0484 • Fax (575) 522-0483

Información Personal

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod.Postal: _____
Teléfono Casa: _____ Celular: _____ Edad: _____
Seguridad Social #: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Estado Civil: (marque uno) Soltero Casado Viudo Divorciado Separado
Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod.Postal: _____
Médico Remitente: _____ Médico De Atención Primaria: _____
Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____
Compañía De Seguros Principal: _____ Teléfono: _____ ID/Póliza #: _____
Grupo #: _____ Compañía De Seguros Secundaria: _____
Teléfono: _____ ID/Póliza # _____ Grupo # _____

Está esta enfermedad/lesión relacionada con un accidente/condición de trabajo? Si No

Si si, por favor complete la información abajo.

Compañía Aseguradora Del Trabajador: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____
Empleador: _____ Reclamación#: _____ Fecha De Lesión: _____
Examinador de Reclamaciones: _____ Teléfono: _____

Es esta enfermedad/lesión no relacionada con un accidente/de trabajo? Si No

Abogado? Si No

Si si a cualquiera de estas preguntas, Por favor complete la información abajo.

Nombre abogado de la compañía aseguradora de accidentes (Solo No Relacionados Con Trabajo):

_____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Cod.Postal: _____ Teléfono: _____ Reclamación #: _____
Fecha Lesión: _____ Examinador de Reclamaciones o Persona De Contacto: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA: (por favor lea y firme) Por medio de la presente autorizo el pago de beneficios médicos a Las Cruces Comprehensive Rehabilitation por los servicios prestados a mi o personas a cargo. También autorizo la divulgación de cualquier información médica que sea necesaria para procesar seguro médico /o reclamaciones de seguro. Entiendo que yo soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro. Autorizo LCCR para divulgar información médica a cualquiera de los siguientes: Hospital, Prestador y Abogado

Paciente/Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Condiciones Generales De Tratamiento (Por favor lea y firme)

1. Consentimiento Informado Del Paciente :

Por medio de la presente indico mi deseo de participar en el programa de rehabilitación ofrecido por LCCR.

Entiendo que el propósito de este programa es mejorar mi recuperación de una lesión o enfermedad.

Yo además entiendo que existe la posibilidad de algunos riesgos asociados con los servicios que están destinados a mejorar mi bienestar y funcionalidad. Yo he sido informado del riesgo y beneficios de estos procedimientos. También he sido informado de los métodos de tratamiento que serán administrados y entiendo lo que es requerido de mi como paciente.

Yo confirmo que mi participación es voluntaria y que yo puedo retirarme del tratamiento en cualquier momento. Yo entiendo que el administrador del servicio mantiene una política de puertas abiertas y anima a los pacientes a participar en su plan de salud. Para cualquier tipo de queja yo puedo acudir a los procedimientos de quejas publicados en el vestíbulo de la clínica.

2. Derechos De Los Pacientes:

Estamos comprometidos a servirle con compasión, cuidado, destreza y respeto. Como uno de nuestros pacientes:

Usted tiene el DERECHO	Usted tiene la RESPONSABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> A ser tratado con dignidad y respeto A saber los nombres y estatus profesional de las personas que le sirven A la privacidad A la confidencialidad de sus registros A recibir información precise acerca de las preocupaciones relacionadas con su salud A saber la efectividad, posibles efectos colaterales y problemas de todas las formas de tratamiento A participar en la escogencia de una forma de tratamiento A recibir educación y terapia A consentir o rechazar cualquier tratamiento A seleccionar y/o cambiar su proveedor de servicio médico A revisar sus registros médicos con un médico clínico A conocer información acerca de servicios y costos relacionados 	<ul style="list-style-type: none"> De buscar atención médica con prontitud A se honesto acerca de su historia médica A preguntar lo que no entienda A seguir el consejo e instrucciones médicas A reportar cualquier cambio significativo en síntomas o falla en la mejoría A respetar las políticas de la clínica A mantener las citas o cancelarlas con anticipación A no buscar atención de emergencia en horas de trabajo normales A proveer retroalimentación útil acerca de políticas y servicios

3. Autorizacion Para Revelar Informacion:

Yo autorizo a LCCR a revelar información médica a cualquiera de los siguientes: Hospital, Proveedor, Abogado and miembro familiar.

Yo entiendo que este consentimiento para revelar información está sujeto a revocación por el abajofirmante en cualquier momento, excepto en caso que ya haya sido tomada acción al respecto.

Con la excepción de que este consentimiento automáticamente expirará al año de haber sido firmado.

4. Directivas Anticipadas:

Si usted tiene directivas anticipadas, testamento en vida o un poder legal duradero y le gustaría proveer una copia a LCCR Healthcare, por favor notifique a nuestro gerente de oficina y una copia será colocada en su archivo. YO he leído y entiendo la información suministrada por el paciente, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aceptar la responsabilidad de sus términos.

Paciente/Representante Legal/Agente Autorizado: _____ Fecha: _____

Historia Clínica

Nombre Paciente: _____ Fecha: _____

En el raro caso que se presente una emergencia a quien contactamos?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Está usted actualmente trabajando? Si No

Fecha de la siguiente visita médica _____

1. Fecha de lesión/inicio _____

2. Ha tenido estos síntomas antes Si No

3. Chequee todo lo que aplique a sus síntomas:

Lesión relacionada con el trabajo Reparación de lesiones anteriores

Accidente Automovilístico Lesión relacionada con levantamiento

Lesión recreativa o deportiva Caso no conocido

Otro: _____

Ha tenido alguna cirugía relacionada? Si No Cuando: _____

Actualmente tiene o ha tenido en el pasado alguna de las siguientes?

Ataque Cardíaco Enfermedad del Corazón Palpitaciones

Dolor en el pecho (Angina) Tensión alta Está con anticoagulantes Si No

Marcapasos Si No

Diabetes Tipo 1 juvenil Tipo 2 Adulto inicio Toma insulina?

Asma/Dificultades para Respirar Usa inhalador de rescate Si No

Está embarazada? Si No Fuma? Si No

Dolor de Cabeza

Mareo/Desmayo

Zumbidos e oído

Ataques

Derrame Cerebral

Problemas del riñón

Cáncer

Hernia

Guía especial de dieta

Osteoartritis

Anomalías Intestino/Vejiga

Problemas Hígado/Vesícula

Condición de la Tiroides

Alergias

SIDA/ VIH

Enfermedad de Parkinson

Problemas Columna

Osteoporosis

Fracturas recientes

Cirugía reciente

Implantes Metálicos

Artritis Reumatoidea

Anormalidad de piel

Nausea/Vomito

Otro:

Historia Clínica

Nombre Paciente: _____ Fecha: _____

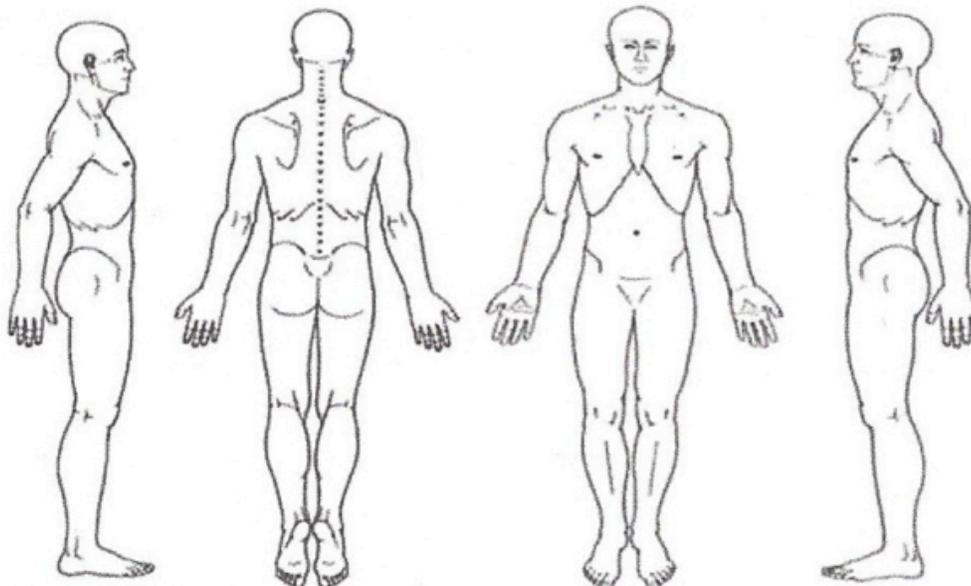
Si usted responde SI a cualquiera de las preguntas anteriores - Por favor explique y de una fecha aproximada:

Hay alguna otra información referente a su historia médica que nosotros debiéramos conocer? _____

Está usted actualmente tomando algún medicamento? (sin receta médica o prescrita)

Si No Si si, por favor anote receta abajo.

Por favor coloque una "X" para indicar actuales áreas de dolor sobre el diagrama abajo:



Cuál es la intensidad del dolor en escala de 1 a 10. Con 0 siendo sin dolor y 10 siendo el peor (marque con un círculo)

Mejor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Sin Dolor			Dolor Moderado				Muy Doloroso			

501g Procedimiento de Quejas

La sección 504 del acta de Rehabilitación prohíbe discriminación basada en discapacidad. De acuerdo a la sección de regulación 504, cualquier participante del programa, representante del participante, prospecto participante o miembro del personal que tenga razones para creer que él o ella han sido maltratados, se le han negado servicios, o discriminado en cualquier aspecto del servicio o empleo debido a su discapacidad puede presentar un reclamo. Con el fin de implementar esta política, esta institución ha adoptado un procedimiento interno de quejas suministrando una rápida y equitativa resolución de la queja alegando cualquier acción prohibida por el departamento de salud & Regulación de Servicios humanos de U.S. (45 CFR parte 84) implementando sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 enmendada (29 U.S.C. 794). La sección 504 declara, en parte que “Ningún individuo de algún modo calificado con una discapacidad, por el solo motivo de su incapacidad, será excluido de participar en, se le negarán sus beneficios de, o será sujeto a discriminación en cualquier programa o actividad donde reciba asistencia financiera federal”. La ley y las regulaciones pueden ser examinadas en la oficina del administrador.

Procedimientos Establecidos Para Quejas

1. Una queja debe ser por escrito, contener el nombre y la dirección de la persona que la presenta y una breve descripción de la acción alegada a ser prohibida por las regulaciones.
2. Una queja debe ser presentada en la oficina del coordinador de la sección 504 dentro de los 7 días después que la persona que presenta la queja es conocedora de la acción alegada a ser prohibida por las regulaciones. El calendario no es obligatorio para el coordinador en circunstancias atenuantes.
3. El coordinador o su designado, conducirá la investigación de la queja de la manera apropiada para determinar su validez. Estas reglas consideradas con investigaciones minuciosas permiten a todas las personas interesadas y sus representantes si los hay, la oportunidad de presentar evidencia relevante para el reclamo. Bajo la sección 504 del acta de Rehabilitación 45 CFR 84.7(b), la institución no necesita procesar quejas de solicitantes de empleo.
4. El Coordinador de la Sección 504 emitirá una decisión por escrito determinando la validez de la queja no mayor de 21 días después de su presentación.
5. Si la queja no ha sido resuelta en este punto, el Coordinador de la sección 504 deberá pasarla al Administrador de la institución quién tendrá 14 días adicionales para resolver la queja. El demandante será notificado por escrito de la decision y de la lista de evidencias en las cuales la decision es basada.
6. Si la queja permanece aún sin resolver, el demandante puede solicitar por escrito que el administrador presente la queja al consejo de administración quién tendrá 14 días para resolver la queja. Si la queja es entonces no resuelta el demandante será avisado por escrito del derecho de presentar la queja con el pertinente oficina de derechos civiles local, estatal y federal y le serán informadas los nombres y direcciones de dichas oficinas.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Este Aviso Describe Como La Información Medica Acerca De Usted Puede Ser Usada Y Divulgada Y Como Usted Puede Tener Acceso A Esa Información.

Este aviso de privacidad describe como Las Cruces Comprehensive Rehabilitation puede usar y compartir información médica con otros para efectuar tratamiento, pago de atención médica (TPO) y para otros propósitos que son permitidos y requeridos por la ley. También describe sus derechos para ver su información médica protegida (PHI). La información médica protegida es información acerca de usted y los servicios que usted ha recibido. Esto incluiría información como el nombre, dirección, fecha de nacimiento, diagnóstico, tratamiento, y otra información que pueda identificarlo, a usted y su pasado, presente o futuro salud física o mental o tratamiento que recibe.

Usos y divulgación de su información médica:

Su PHI puede ser usada y compartida por su médico, personal de nuestra oficina, y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento para propósitos de suministrarle servicios de salud, para el pago su factura de atención médica, para apoyar la operación de Las Cruces Comprehensive Rehabilitation y cualquier otro uso permitido o requerido por la ley.

Tratamiento:

Nosotros usaremos y compartiremos su PHI para suministrar, coordinar, o manejar su atención médica y cualquier otro servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o manejo de su servicio de salud con un tercero (ej. Enviando el PHI acerca de usted a un especialista como referido).

Pago:

Su PHI será usada como se necesite para recibir el pago por sus servicios de salud. Por ejemplo obteniendo aprobación para hospitalización puede requerir que su PHI sea compartida con su plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital. O por ejemplo enviando información de pago a su compañía de seguros, Medicaid o Medicare.

Operaciones del Servicio de Salud:

Nosotros podemos usar o divulgar cuando se necesite, su PHI con el fin de apoyar las actividades de negocios de Las Cruces Comprehensive Rehabilitation. Estas actividades, entrenamiento de estudiantes médicos, autorización, auditorías o inspecciones para supervisión del servicio de salud, actividades de marketing y recaudación de fondos, y el manejo u organización de otras actividades. Podemos contactarlo para recordarle sus citas por teléfono o correo electrónico.

Podemos usar o divulgar su PHI en otras diferentes situaciones sin su autorización. También podemos divulgar su PHI cuando sea requerido por la ley como por en el caso de una respuesta a un requerimiento de las autoridades en específicas circunstancias, o en respuesta a una orden judicial o administrativa válida.

Otros Usos y Divulgaciones permitidas y Requeridas serán efectuadas solo con su autorización o puede oponerse a menos que sea requerido por la ley. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito.

Usted tiene el derecho a examinar y pedir una copia de su PHI. La ley federal, sin embargo, tiene algunas excepciones a ese derecho y exige algunos registros: Notas de psicoterapia, información recolectada para ser usada en procesos judiciales o acciones civil, criminal o administrativas.

Usted tiene el derecho a requerir una restricción para su PHI. Esto quiere decir que usted puede pedirnos no usar o compartir cualquier parte de su PHI con el propósito de tratamientos, pagos de operación del servicio de salud. También tiene el derecho a la no divulgación de cualquier parte de su PHI a miembros de la familia, amigos, u otros individuos que puedan estar involucrados en su cuidado. Las Cruces Comprehensive Rehabilitation considerará si la solicitud es razonable para establecer restricciones, mientras tanto no estamos obligados a aceptar su requerimiento.

Usted tiene el derecho a solicitar que su PHI sea comunicada a usted de manera confidencial como por ejemplo por correo a una dirección específica diferente de su casa.

Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa por parte de nosotros de esta noticia según solicitud en cualquier momento.

Usted tiene el derecho a solicitar que HPFC modifique su PHI. Si nosotros negamos su requerimiento para una corrección tiene el derecho a establecer una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una respuesta a su declaración y le daremos una copia de dicha respuesta.

Usted tiene el derecho a que se le de explicación de cualquier divulgación de su PHI.

Usted tiene el derecho a quejarse ante el HPFC o ante la secretaria de salud y servicios Humanos si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados por el Servicios de Salud. Usted puede presentar una queja con nosotros a través de notificación a nuestra oficina privada HIPAA en la dirección o número telefónico que se encuentran en la parte de abajo. El establecer la queja no afectará su servicio de salud de ninguna manera.

Con el fin de ejercer cualquiera de los derechos especificados, usted puede pedir a cualquier miembro del personal de la oficina de Las Cruces Comprehensive Rehabilitation las debidas formas e instrucciones.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación en todos sus registros y se le informará mediante publicación en la sala de espera.

Estamos obligados por la ley para proteger la privacidad de su información, proveer este anuncio acerca de nuestra práctica de información y seguir las prácticas de información que están descritas en este aviso. Si usted tiene alguna pregunta o queja, por favor contacte nuestra oficina privada HPFC en.

Firma del Paciente:

Fecha: