



## Registracion del Paciente

Informacion Personal				
Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:		
Apeido:		Nombre:		MI:
Direccion:				
Ciudad:	Estado:	Codig Postal:	Telefono de casa:	
Driver's license #:		Telefono del trabajo:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Celular:		
Asegurado/responsable (deje en blanco si es la mismo que el Paciente)				
Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:		
Apeido:		Nombre:		MI
Direccion:				
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:	
Telefono de casa:		Telefono del trabajo:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Relacion con el Paciente:		
Informacion del Empleador	Información para el empleador del asegurado (Deje en blanco si es la misma del paciente)			
Nombre del Empleador:		Nombre del Empleador:		
Direccion del Empleador:		Direction del Empleador:		
Ciudad:	Codigo Postal:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Informacion de contacto de emergencia:				
Apeido:		Nombre:		MI:
Relacion <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otra:			Celular:	
Telefono de casa:		Telefono de Trabajo:		
Certificacion y Firma del Paciente				
Yo certifico que toda la información provista es verdadera y correcta				
Firma del Paciente, padre o guardian:			Fecha:	

Dos Locaciones:            Denton            Roanoke

WWW.LoneStarRehab.com

Phone: (940) 595-0566

Fax: (940) 387-7275

or

Fax: (940) 648-3833



**PATIENT RELEASE**

**Nombre del Paciente:**

**Divulgacion de la informacion**

Toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Autorizo Rehabilitación LoneStar para obtener los registros médicos y / o profesional de la información de mi médico o de otro profesional de la medicina, ya que la informacion es verdadera y correcta.  
Autorizo a Rehabilitación LoneStar para obtener los registros médicos y / o profesional de la información de mi médico o de otro profesional de la medicina, ya que se relaciona con mi tratamiento.  
Yo doy permiso a Rehabilitación LoneStar de divulgar información, verbal y escrita, contenida en mi expediente médico, y otra información relacionada, a mi compañía de seguros, abogado, empresario, informacion escolar sin identificadores de los pacientes para que puedan ser utilizados con fines de garantía de calidad. .  
Doy mi consentimiento para el tratamiento.  
He leído y entendido la versión anterior.

**Firma del padre o guardian:**

**Fecha:**

**Asignación de autorización de pago de beneficios y tercereros pagadores**

Por la presente autorizo el pago directamente a LoneStar rehabilitación por los servicios prestados. Esto es una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo este Convenio.  
Una fotocopia de este acuerdo se considerará como válida como el original y eficaz.  
Yo autorizo Lonestar rehabilitación para facturar directamente a mi plan de salud o terceros pagadores por los servicios prestados por Lonestar rehabilitación para mí. También autorizo a cualquier tercera parte-pagador a través del cual puede que tenga beneficios para realizar el pago directamente Lonestar rehabilitación para servicios de terapia física. Entiendo y concuerdo que Lonestar rehabilitación no es responsable de recoger los pagos de terceros o negociar disputa asentamientos en mi nombre.

**Firma del Paciente , padre o guardian**

**Fecha:**

**Garantía de Pago**

Estoy de acuerdo en pagar LoneStar rehabilitación por los servicios prestados a mí o el partido mencionado anteriormente. Si alguna ley, como compensación a los trabajadores, o el contrato de seguro prohíbe el pago por estos servicios, a cooperar y ayudar en la provisión de información, autorizaciones, comunicados o cualquier otro tipo de información necesaria para permitir la colección rápida de mi tercero pagador. Cuando una ley o el contrato de seguro no prohíbe pago por mí, yo reconozco responsabilidad de todos y saldos.  
El beneficio de verificación es sólo una explicación de la cobertura obtenida de mi compañía de seguros y no es una garantía de cobertura. Si no es exacta la información proporcionada por mi compañía de seguros o la compañía de seguros cambia su cobertura, yo seré responsable por el pago de servicios.  
Además, entiendo que este acuerdo es vinculante independientemente de cualquier transacción legal actualmente en marcha o iniciados durante o después del curso de mis tratamientos a menos que acuerde por escrito por mí y por un representante de LoneStar rehabilitación.

**Firma del Paciente, padre o guardian:**

**Fecha:**



## Historial Medico Del Paciente

Nombre De Paciente:				Numero De Seguro Social:				
Razon que necesita la terapia fisica:				Fecha de la lesion:				
Has tenido tratamiento para esto antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Si tu respuesta es si ,cuando?				
Tratamiento recibido				Doctor quien te refirio:				
Tratamientos Anteriores: <input type="checkbox"/> Exitoso <input type="checkbox"/> Fracaso								
Condicion	Si	No	Condicion	Si	No	Condicion	Si	No
Alta presion			Dolor al toser			Problemas en los riñones		
Ataque al corazón			Fiebre			Heridas abiertas		
Enfermedades cardiacas			Cancer			Infecciones presentes		
Derrames			Ataques			Hipersensibilidas al calor o frio		
Diabetis			Sudores nocturnos			Alergias		
Fusion Espinal			Perdida de peso inexplicable			Metales en el cuerpo		
Marcapasos			Vomitos			Tiroides		
Embarazada			Mareos			Fracturas previas		
Asma			Caidas			Osteoporosis		
Hernias			Artritis			Depresion		
Hemorroides			Enfermedades vasculares			Ansiedad		
Tuberculosis			Dolor de cabeza			Abuso de sustancias		
Cirujias previas			Vejiga anormal			Dolores nocturnos		
Si contestaste si algunas de las condiciones anteriores, explica:								
Estas tomando algun medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si. Lista los medicamentos y explica la condicion:								
Necesitas ayuda para llenar esta forma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si								
La informacion antes dada es correcta:								
Firma del Paciente, padre o guardian:						Fecha:		
Firma del Terapeuta:						Fecha:		

Tres Locaciones:

Denton

Justin

Roanoke

[WWW.LoneStarRehab.com](http://WWW.LoneStarRehab.com)

Phone: (940) 595-0566

Fax: (940) 387-7275

or

Fax: (940) 648-3833



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Yo \_\_\_\_\_ he recibido o me han ofrecido, aviso de esta práctica de privacidad escrito en un lenguaje sencillo. La convocatoria contempla en detalle los usos y revelaciones de mi información de salud protegida que puede ser realizada por esta práctica. Mis derechos y deberes individuales legales de la práctica con respeto a mi información de salud protegida. El aviso incluye:

- ? Una declaración de que esta práctica es requerida por ley a proteger la privacidad de la información de salud protegida.
? Una declaración de que es necesaria esta práctica para cumplir con los términos del aviso actualmente vigente.
? tipos de usos y revelaciones de que la práctica se permite hacer de cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
? Una descripción de cada uno de los fines para los cuales se permite o exige usar o divulgar información de salud protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito de esta práctica.
? Mis derechos individuales con respecto a la información de salud protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación con:

- El derecho a presentar una queja ante esta práctica y al Secretario de HHS si creo que mis derechos de privacidad han sido violados, y que ninguna acción de represalia serán utilizados en mi contra en el caso de una queja.
• El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y que esta práctica no está obligado a aceptar una restricción petición.
• El derecho de recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida.
• El derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida.
• El derecho a modificar la información de salud.
• El derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de información médica protegida.
• El derecho a obtener una copia impresa de los Avisos de Prácticas de Privacidad de esta práctica bajo petición.

Esta práctica se reserva el derecho de modificar los términos de que es Aviso de prácticas de privacidad y hacer nuevas provisiones efectivas para toda la información médica protegida que se mantiene. Entiendo que puedo obtener esta prácticas Aviso de Normas de Privacidad bajo petición.

? \_\_\_\_\_
Firma Fecha

Mi información Cuidado de la Salud

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo la divulgación de la información, como se indica: información de atención médica (en relación con mi historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico) a todas las preguntas o sólo a las siguientes personas o entidades:

Lista los Nombres: \_\_\_\_\_

Información limitada de Atención de la Salud

2. Deseo de limitar la divulgación de sólo cierto tipo de información de cuidado de la salud (relacionada con mi historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico) a las siguientes personas o entidades:

Lista Nombres Lista de información que puede despacharse:

\_\_\_\_\_

No Informacion

3. \_\_\_\_\_ No autorizo divulgación de la información con respecto a mi salud, diagnóstico, pronóstico y / o tratamiento.

? \_\_\_\_\_ ? \_\_\_\_\_
Firma De Paciente O Guardian Fecha Firma De Testigo Fecha



---

**Consentimiento para Tratamiento**

Mi diagnóstico, resultados de la evaluación, las recomendaciones del terapeuta con respecto al tratamiento, los beneficios esperados o metas de tratamiento y alternativas razonables al tratamiento recomendado, han sido todos explicados a mi y mis preguntas acerca del cuidado han sido contestadas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento para el tratado recomendado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Dos Ubicaciones: Denton y Roanoke

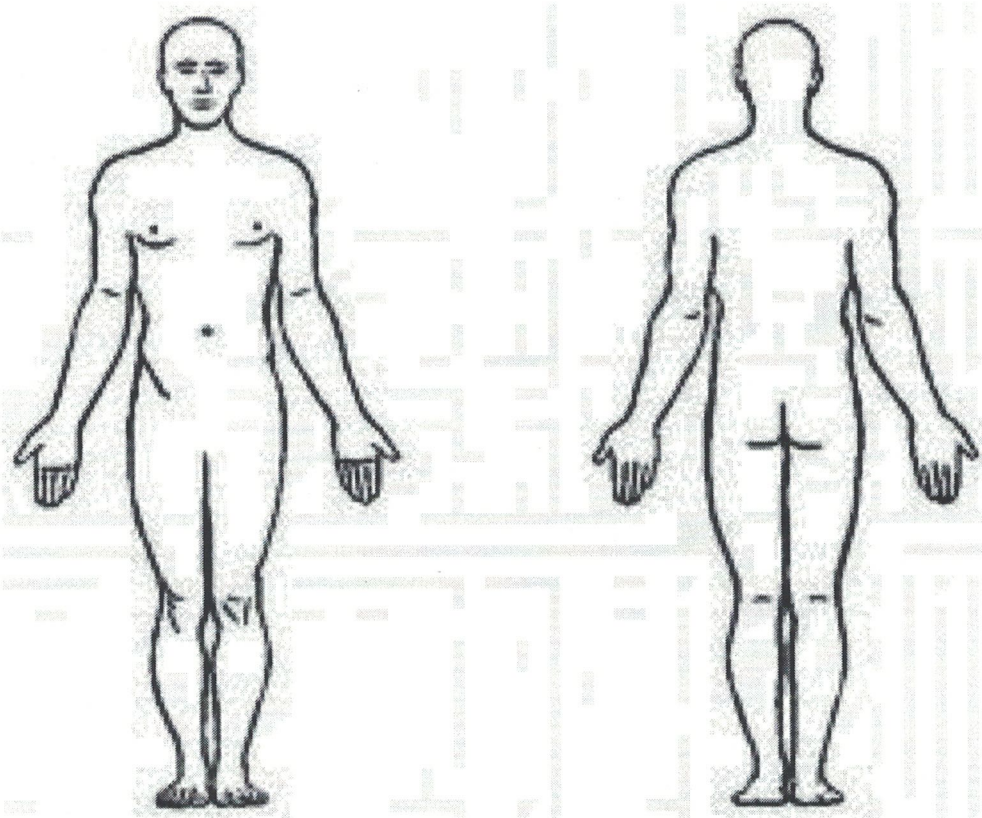
Cellular: (940) 595-0566

Fax: (940) 387-7275 or Fax (940) 648-3833



(Rehabilitacion Lonestar)

Sombrea en las areas de sus sintomas durante los ultimos treinta dias.



¿Quién lo refirió a la terapia física? \_\_\_\_\_

Describa sus síntomas durante los últimos 30 días: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo y cómo se produjo la lesión? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dos Locaciones: Denton y Roanoke

[WWW.LoneStarRehab.com](http://WWW.LoneStarRehab.com)

Cellular: (940) 595-0566

Fax: (940) 387-7275 o Fax (940) 648-3833