



1520 Brookhollow Dr., Ste 37
 Santa Ana, CA 92705
 T: (714) 953-7330
 F: (949) 727-2193

401 N Brookhurst St, Suite 100
 Anaheim, CA 92801
 T: (714) 563-2318
 F: (949) 727-2193

www.sevento7pt.com
 Sevento7pt@gmail.com

Historia y Informacion de la Condicion Fisica

Apellido	Nombre	Medio	Nacimiento	Edad	Género
Dirección de Correo		Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular	Correo Electrónico		
Contacto de Emergencia	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono Celular		
Ocupación / Trabajo	Fecha de herida	Fecha de la cirugía	¿Que pasó?		
Recordatorio de cita: <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Correo electrónico					

Ahora tienes / o ha tenido alguna de las siguientes?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Alergias			Dolores de cabeza			Convulsiones		
Artritis			Enfermedad del corazón			Falta de aliento		
Asma			Hepatitis			Problemas para dormir		
Problemas de equilibrio			Alta Presión			Problemas del habla		
Cáncer			Implantes metálicos			Infarto cerebral		
Enfermedad cardiovascular			Esclerosis múltiple			Tuberculosis		
Embarazada			Osteopenia/Osteoporosis			Otra		
Diabetes			Parkinson's					
Debilidad general			Hospitalización reciente					

Califique el nivel de su dolor: (Suave) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Extremo)

Describe su dolor: Agudo Adolorido Constante Que se irradia Hormigueo Entumecimiento

¿Tiene una directiva anticipada de atención de la salud? Sí No

En caso afirmativo, ¿le gustaría proporcionarnos una copia? Sí No

¿Necesita más información sobre las directivas anticipadas? Sí No

Fuente de lesión: Trabajo Accidente de Auto Daños corporales Ninguno

¿Ha tenido terapia física / terapia ocupacional antes?

¿Alguna vez ha estado en una instalación de atención médica domiciliaria?

Sí / Fecha de descarga: _____ No

¿Cuál es su objetivo para la terapia? _____

La información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____



1520 Brookhollow Dr., Ste 37
Santa Ana, CA 92705
T: (714) 953-7330
F: (949) 727-2193

401 N Brookhurst St, Suite 100
Anaheim, CA 92801
T: (714) 563-2318
F: (949) 727-2193

www.sevento7pt.com
Sevento7pt@gmail.com

Hoja de medicamentos

Nombre del paciente: _____ Date: _____

Indique todos los medicamentos que está tomando

Nombre del medicamento	Dosis	Ruta
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

Alergias

Office Use Only
Verification Date: _____



1520 Brookhollow Dr., Ste 37
Santa Ana, CA 92705
T: (714) 953-7330
F: (949) 727-2193

401 N Brookhurst St, Suite 100
Anaheim, CA 92801
T: (714) 563-2318
F: (949) 727-2193

www.sevento7pt.com
Sevento7pt@gmail.com

Solicitud / Rechazo para servicios de interpretación

Yo _____ (Nombre del paciente) entiendo mi derecho a recibir servicios de interpretación sin cargo y reconozco que se me ofreció acceso a estos servicios. Los empleados de Seven to 7 también explicaron que no es aconsejable usar menores de edad, amigos y / o una persona que no haya sido entrenada como intérprete.

Por favor, ponga su inicial en una de las siguientes opciones:

Solicito servicios de interpretación. Idioma: _____

No necesito un intérprete. Soy capaz de hablar con el terapeuta en inglés.

Rechazo los servicios de interpretación. Usaré a un familiar o amigo para interpretar.

Voy a confiar en el personal de la oficina para interpretar.

Firma del paciente: _____

Date: _____

Firma del tutor: _____

Date: _____

(If Patient is under 18 years of age)



1520 Brookhollow Dr., Ste 37
Santa Ana, CA 92705
T: (714) 953-7330
F: (949) 727-2193

401 N Brookhurst St, Suite 100
Anaheim, CA 92801
T: (714) 563-2318
F: (949) 727-2193

www.sevento7pt.com
Sevento7pt@gmail.com

Regla de privacidad HIPAA de acuerdo de autorización del paciente

Autorización para divulgación de información protegida de salud para Tratamiento, pago u operación profesional de la salud (164.50B (a))

Yo _____ (Nombre del paciente) entiendo que cualquier parte de mi salud, Seven to 7 origina y mantiene registros de salud que describen mi historia médica, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Yo entiendo que la información sirve como:

- Base para la planeación de mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre profesionales de la salud que contribuyan a mi salud
- Una fuente de información para la aplicación de mi diagnóstico y quirúrgico información a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercero pagador pueda verificar que efectivamente se prestaron servicios de factura
- Una herramienta para operaciones rutinarias de cuidado de la salud como la evaluación de la calidad y revisar la competencia de los profesionales de salud
- Se me ha proporcionado una copia de la **Notificación de prácticas de privacidad** que proporciona una descripción más completa de información de usos y divulgaciones.
- Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario proporcionar mi información de salud protegida a otra entidad cubierta. Tengo el derecho a revisar el equipo de terapia de rehabilitación / o Seven to 7 aviso antes de firmar esta autorización. Autorizo la divulgación de mi información médica protegida según lo especificado a continuación para los fines y las partes designadas por mí.

Regla de la privacidad del paciente consentimiento contrato

Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud (164.506(a))

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho a revisar Seven to 7 aviso de prácticas de información antes de firmar este consentimiento
- Seven to 7 se reserva el derecho de cambiar el aviso y prácticas y que antes de la implementación se enviará por correo una copia de cualquier revisada a la dirección que he proporcionado solamente si así se solicita
- Tengo derecho a oponerse al uso de mi información médica para propósitos de directorio
- Tengo derecho a solicitar restricción en cuanto a cómo mi información protegida de salud puede ser usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud y Seven to 7 no está obligado por ley a aceptar la restricción solicitada
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Seven to 7 ya ha tomado acciones de seguridad sobre el mismo

Asignación de beneficios de liberación de Información / Autorización de tratamiento

- Autorizo el pago de las prestaciones médicas a Seven to 7, Inc. para cualquier servicio proporcionado.
- Autorizo la liberación de información médica que se utilizará para la evaluación y pago de las reclamaciones.
- Autorizo a Seven to 7, Inc para llevar a cabo el tratamiento o los procedimientos ordenados por el médico. Reconozco que me no se hicieron ninguna garantía ya sea expresa o implícita, con respecto al resultado de cualquier procedimientos o tratamientos.
- Autorizo a la recepción de los derechos y responsabilidades del paciente y la política de privacidad.
- Confirmando que hay un cargo de \$25 dólares para cualquier cancelación hecha con menos de 24 horas de aviso.
- Yo entiendo que si no me presento a dos citas que será dado de alta de la terapia física / ocupacional.
-

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del tutor: _____

Fecha: _____

(Si el paciente es menor de 18 años de edad)



1520 Brookhollow Dr., Ste 37
Santa Ana, CA 92705
T: (714) 953-7330
F: (949) 727-2193

401 N Brookhurst St, Suite 100
Anaheim, CA 92801
T: (714) 563-2318
F: (949) 727-2193

www.sevento7pt.com
Sevento7pt@gmail.com

AUTHORIZATION PARA ENTREGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

El abajo firmante, autoriza la liberación de información de salud con respecto a mi tratamiento aquí en Seven to 7 Physical & Hand Therapy a la persona(s) siguiente(s):

(POR FAVOR INDICAR A LA PERSONA QUE USTED AUTORIZA POR DEBAJO O INICIAL "NO SE APLICA")

NO SE APLICA _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Esta solicitud y la autorización se aplica a (marque por lo menos uno):

Información de salud relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

Toda la información de salud

Otro: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del tutor: _____

Fecha: _____

(Si el paciente es menor de 18 años de edad)

ESTA AUTORIZACIÓN SE VENCE EN UN AÑO