

**Examen Físico: Formulario de Información del Paciente (lesión relacionada con el trabajo)
Por favor complete "Actividades de trabajo/Descripciones"
con requisitos de trabajo de estado PRE-lesió**

1) Información del Cliente:

Título/Nombre: Sr-Sra _____ Fecha: __/__/__ Fecha de Nacimiento __/__/__

SSN# ____ - ____ - ____ *Correo Electrónico: _____

¿Cual es tu fecha de herida? __/__/__ Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de Empleador: (____) _____ La compañía aseguradora: _____

Nombre de su medico primaria _____ Hora de llegada: _____

4) Perfil de Admisión:

Irigen Nacional: __Hispano __No Hispanic: __Africano __Indio Americano __Caucásico __Asiático
 __Isla del Pacífico __Indio del Este __Otro __Dos o mas

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de contacto: (____) _____ Nombre/Numero de Emergencia: _____ (____) _____

¿Tiene usted un abogado que represente su lesión? __Si __No Nombre: _____

Síntomas:

¿Ha tenido algún cambio reciente o mayor conciencia en alguna de estas condiciones?:

(Por favor circule cualquiera de los siguientes que apliquen) – peso, fiebres, visión, dolor ocular, dificultad para oír, hemorragias nasales dolor de garganta, dolor de pecho, palpitaciones, tos, dificultad para respirar, sibilancias, náuseas, vómitos, dolor o inflamación en las articulaciones, dolores de cabeza, convulsiones, cambios en la memoria, debilidad o cambios sensoriales en las extremidades superiores o inferiores, erupción cutánea o sed excesiva? **O No hay cambios recientes?**

Encaso afirmativo, por favor describa/explice:

Dificultades con las actividades de la vida diaria:

¿Tiene dificultades con alguna de las "Actividades de la vida diaria"? que significa la capacidad de realizar lo siguiente: (Por favor circule cualquiera de los siguientes que apliquen)

A) Cuidado Personal: orinar (urgencia, no puedo sostenerlo, doloroso, gran volumen), defecar (cambio en los movimientos del intestino, no se puede mantener o no se puede ir), cepillarse los dientes, peinarse, bañarse, vestirse y/o comer;

B) Comunicación: escribir, ver, escuchar y/o hablar;

C) Posturas de vida normales: sentarse, acostarse, estirarse, agacharse, inclinarse y / o ponerse de pie;

D) Actividad Física: caminar, subir escaleras, cargar, levantar, empujar, tirar, subir, hacer ejercicio;

E) Función sensorial: escuchar, ver, oler, saborear, tocar;

F) Función de la mano: sujetar, pellizcar, escribir, agarrar y discriminar al tacto;

G) Viajes: conducción, equitación, viajes en avión o en tren;

H) Función sexual: participar en la actividad sexual habitual;

I) Sueño: capacidad de tener un patrón de sueño reparador; y

J) Actividades sociales y recreativas: capacidad para participar en actividades grupales, o participar en deportes

¿Eres capaz de hacer la mayoría de estas actividades, pero con dolor? __S __N

Pasatiempos/Intereses:

Enumere cualquier pasatiempo que tenga actualmente (como lectura, escalada, boliche, etc):

¿Eres capaz de hacer la mayoría de estos pasatiempos, pero con dolor? __S__N

Uso de sustancias (tabaco, alcohol, etc.):

*Tabaco: ¿Fumas? __S__N - ¿Cuánto? __>1/2 paquete/día __1 paquete/día __2 paquete/día __3+

¿Por cuanto tiempo? _____ - Si lo dejaste, que año? _____

* Alcohol: ¿Bebes bebidas alcohólicas? __S__N – ¿Cuántos por semana? _0-3_4-7_8-14_15+

¿Bebedor/a social? __S__N

¿Cómo llegaste a esta cita? __Se condujo __ Traído por amigo/familia __ Autobús __ Taxi/Uber __ Otro

INFORACION DEL CASO – Información sobre lesiones / enfermedades:

Describe cómo y dónde se lesionó o enfermó. (oraciones completas): _____

¿Cuándo reportaste la lesión / enfermedad?

__Inmediatamente __Mismo Día __Día Siguiete __Misma Semana

__Semana Siguiete __Mes Siguiete __Otro: _____ ¿A quien informaste?: _____

¿Continuaste trabajando después de tu enfermedad? __S__N ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Tuviste que ir a la sala de emergencias? __Si __No ¿Cuándo fue tu primera visita médica? __/__/__

¿En qué estado se produjo la lesión? _____

Describe el dolor de tu lesión/enfermedad: _____

¿Qué ayuda a disminuir el dolor?: _____

¿Qué empeora el dolor? _____

¿Cuál es su ocupación / título laboral (en el momento de la lesión)? _____

¿La compañía de aseguransa está pagando por su condición actual? __Si __No

INFORMACION DE EMPLEO:

*¿Alguna vez ha faltado al trabajo debido a su lesión? __Si __No En qué fecha comenzó? __/__/__

Si ha regresado al trabajo, seleccione la declaración más precisa: __Mismo trabajo, mismo empleador

__Mismo empleo, nuevo empleador __Trabajo diferente, mismo empleador __Trabajo diferente, nuevo empleador

¿Estas trabajando? __S__N -Medio tiempo __S__N– Tiempo Completo __S__N–Con restricciones __S__N

¿Cuándo volviste a trabajar? __/__/__ O ¿estás retirado? __Si __No Fecha en que te retiraste? __/__/__

INFORMACIÓN MÉDICAICAL – Condiciones médicas (evaluado):

*Historia Médica(Pasado): Enfermedad del corazón Alta Presion Ataque Fulminante Diabetes (Azúcar) Enfermedad del Hígado Riñón Enfermedad Pulmonar Enfermedad Ocular Artritis Cancer Disfunción intestinal Bladder Dysfunction Blood Disorders Otro: _____

* Historia Médica Actual: Enfermedad del corazón Alta Presion Ataque Fulminante Diabetes (Azúcar) Enfermedad del Hígado Riñón Enfermedad Pulmonar Enfermedad Ocular Artritis Cancer Disfunción intestinal Disfunción de la vejiga Trastornos de la sangre Otro: _____

* Historial quirúrgico relacionado con esta lesión: Hernia Reparación de Fracturas Cuello Espalda Hombro Codo Muñeca Cadera Rodilla Tobillo Pie Otro: _____

Fechas de las intervenciones quirúrgicas relacionadas: _____

* Historia quirúrgica NO relacionada con esta lesión actual: Hernia Reparación de Fracturas Cuello Espalda Hombro Codo Muñeca Cadera Rodilla Tobillo Pie Otro: _____

Fechas de intervenciones quirúrgicas no relacionadas: _____

*¿Ha tenido alguna lesión laboral previa? Si No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

*¿Alguna vez ha sido lesionado en este trabajo o otro antes que no esté relacionado con esta lesión? Si No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

*¿Alguna vez se lesionó en la misma área antes de esta lesión? Si No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Cuáles son las áreas de su lesión actual? _____

¿Estás sufriendo otra lesión en este momento? Si No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Ha recibido alguna inyección por su lesión? Yes No En caso afirmativo, cuantoso? _____ ¿En qué parte de tu cuerpo recibiste una inyección? _____

¿Ayudaron? S N Si ayudaron, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha tenido fisioterapia o un programa de restauración funcional antes? Si No En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Estás en terapia por esta lesión ahora? Si No

¿Cuándo fue tu última visita a la oficina? __/__/__ ¿Cuándo fue la última vez que recibió tratamiento? __/__/__

¿Qué diagnóstico has tenido? Radiografía MRI EMG CT Doppler Ultrasound, otro: _____

Anote su recetas actual de medicamentos (o proporcione una lista impresa your current medication prescription):

Medicación/Dosis	Fecha llenada	Dosis/Veses por dia	Propósito	Médico	Farmacia #
<i>Ejemplo:</i> Darvocet N100/ 1 po prn q 4h pain	7-04-11	100 Tabs 0 refill	1 po QID	Para el dolor	Dr. Smith

Impairment Rating/MMI ♦ Independent Medical Examinations

*¿Estás tomando algún medicamento de venta libre? ___ Si ___ No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? ___ Si ___ No

En caso afirmativo, cuáles? _____

¿Eres alérgico a algo más que a la medicina? ___ Si ___ No

En caso afirmativo, a que: _____

Condiciones médicas (maternal y/o paternal):

¿Tiene alguna enfermedad que corre en su familia por parte de su madre y/o padre? ___ Si ___ No

En caso afirmativo: ___ cancer _ diabetes _ alta precion _ problemas de corazo Otro _____

****** El propósito de esta evaluación es solo para el examen, no para el tratamiento******

Si tiene alguna pregunta o comentario sobre el examen, consulte al médico en cualquier momento

6) Información Física:

Edad: ___ Género: ___ Masculino ___ Femenino Altura: ___ Peso: ___ lbs. Eres: ___ Diestro ___ Zurdo

Dispositivo de apoyo:

¿Tiene o usa un aparato ortopédico de algún tipo para su lesión? ___ Si ___ No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Cuando lo usas?: _____ ¿Por cuanto tiempo?: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha ___ / ___ / ___

Firma del Evaluador: _____

Fecha ___ / ___ / ___

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. ¡POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE!

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o operaciones de atención médica y para otros fines que están permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su estado o salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

1. Usos y Divulgaciones de Información de Salud Protegida

Usos y Divulgaciones de Información de Salud Protegida

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas externas a nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar la operación de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento

Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica a domicilio que le brinde atención. Por ejemplo, su información de salud protegida se puede proporcionar a un médico al que lo derivaron para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago

Se utilizará su información de salud protegida, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de Salud

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina / quiropráctica, actividades de obtención de licencias, mercadeo y recaudación de fondos, dictado y transcripción, y realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina / quiropráctica que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita. Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo exija la ley, problemas de salud pública según lo exige la ley, enfermedades transmisibles: supervisión de la salud: abuso o negligencia: requisitos de la Administración de Alimentos y Drogas: Procedimientos legales: Aplicación de la ley: Médicos forenses: Director de funerales e Investigación de donantes de órganos: Actividad criminal: Actividad militar y seguridad nacional: Compensación de trabajadores: reclusos: Usos y divulgaciones requeridos: De conformidad con la ley, debemos divulgarle información y cuando así lo exija el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164-500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos Se realizará solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley. Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico hayan tomado una medida en función del uso o divulgación indicados en la autorización. Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o el consultorio del médico hayan tomado una medida de confianza en el uso o divulgación que se indica en la autorización.

Tus Derechos

A continuación se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede divulgar la solicitud de que cualquier parte de su información de salud personal no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con fines de notificación, como se describe en este Aviso de protección de la privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si su médico cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, no se restringirá su información de salud protegida. A continuación, tiene derecho a utilizar otro profesional sanitario.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a que le enviemos una copia impresa de este aviso al solicitarlo, incluso si ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos hecho, en su caso, de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo sobre cualquier cambio. Luego, tiene el derecho de objetar o retirar según lo dispuesto en este aviso..

Quejas

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el 14 de abril de 2003 o antes.

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono..

La firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre del Observador: _____ Firma : _____ Fecha __ / __ / __

Formulario de Consentimiento de Divulgación de Información

Doy permiso al centro de evaluación para divulgar información, verbal o escrita, contenida en mi registro médico y otra información relacionada, a mi médico, compañía de seguros, enfermera de rehabilitación, administrador de casos y empleadores. La información divulgada sin identificadores de pacientes puede utilizarse con fines de control de calidad. Los servicios de dictado se pueden utilizar para informar.

He leído y por la presente entiendo el comunicado anterior.

Firma del cliente o Guardián

____/____/____
Fecha

* Esta versión es válida por 90 días a partir de la fecha firmada inicialmente y para cualquier evaluación realizada por este establecimiento..