

Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C.

Christina Kwasnica, MD
Sally B. Alcott, MD
Mathias Linke, DO
Suzanne Kelley, NP
Kenneth Vickroy, NP

222 W. Thomas Rd. Ste 114
Phoenix, AZ 85013
Teléfono: (602) 406-6304
Fax: (602) 406-6302

ATENCIÓN

Por favor, lea cuidadosamente antes de su cita

Estimado Paciente Nuevo:

Los médicos y el personal de Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C. les gustaría tener la oportunidad de darle la bienvenida a la oficina.

Para servirle mejor y hacer que su visita funcione sin problemas, se requiere lo siguiente:

- ❖ Por favor llegue **20 minutos antes**. Si no se presenta a tiempo podría resultar en la reprogramación de su cita.
- ❖ Traiga su **papeleo completado** (que se adjunta) con usted a su cita. Si no lo hace, usted podría ser reprogramada.
- ❖ Asegúrese de traer su tarjeta actual de seguro(s) o la información de pago.

Esto incluye el 2 y el 3 de sus seguros. También traiga su identificación con fotografía. Si no se presenta en el momento de su nombramiento, se le reprogramada.

- ❖ No olvide su copago si usted tiene uno, usted no puede ser visto sin ella.
- ❖ Por favor, dar un aviso de 24 horas si usted no puede asistir a su cita.
- ❖ No puede haber un cargo por no presentarse en las citas.
- ❖ Es muy importante llevar una lista de todos sus medicamentos para el médico para revisar.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en ponerse en contacto con la oficina al 602-406-6304.

Recuerde que los médicos en nuestra oficina no son médicos de atención primaria. Tendrá que ser preparada con un médico de atención primaria, ya sea a través de su seguro o uno propio.

Gracias de antemano por su colaboración. Esperamos contar con su presencia en persona.

Sinceramente,

Physicians and Staff
Valley Physical Medicine & Rehabilitation

Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C.

Christina Kwasnica, MD
Sally B. Alcott, MD
Mathias Linke, DO
Suzanne Kelley, NP
Kenneth Vickroy, NP

222 W. Thomas Rd. Ste 114
Phoenix, AZ 85013
Teléfono: (602) 406-6304
Fax: (602) 406-6302

Ubicación y Direcciones al estacionamiento

Estamos situados en la avenida 3 y calle Thomas. Estacionamiento gratuito para nuestros pacientes y visitantes se encuentra el garaje por la avenida 3. El garaje está situado en la avenida 3, justo a norte de la calle Thomas. Cuando se extraen en el garaje, recibirá un boleto. Agarre el boleto de la máquina y lleve este boleto con usted a la oficina para que podamos validar su estacionamiento.

Siga las señales que dicen "222 Building Patient Parking". Cuando llegue al nivel 3, se encuentra otra puerta para el estacionamiento paciente. Llega hacia arriba de la puerta, empuje en el teclado #2000 o #2233. Esto hará que se abra la puerta; estacionase en cualquier lugar de este nivel. Debería ver un puente que le llevará a la derecha en el edificio 222. Ir al otro lado del puente, por el pasillo hacia los ascensores. Tome el ascensor hasta el primer piso. Al salir del ascensor ir a la izquierda hasta que vea un largo pasillo justo al sur. Nuestra oficina se encuentra en el lado derecho a media altura de ese pasillo. Es preciso presentarse en la suite #114.

Es muy fácil de encontrar. He aquí un resumen de lo anterior a simple vista:

Situado: Avenida 3 y calle Thomas
- 222 W. Thomas Rd suite 114

Garaje: Avenida 3 garaje de estacionamiento ubicada en el lado este de la avenida 3 justo al norte de la calle Thomas.

Boleto: Tome el boleto de la máquina de aparcamiento en la puerta; tráigaselo a la oficina para ser validada.

Estacionamiento: Siga las indicaciones al edificio, 222, estacionamiento para pacientes en la planta 3.

Teclado numérico: Empuje (signo de número) #2000 o #2233.

Puente: Cruce el puente desde el garaje hasta el edificio, 222. Tome los ascensores hasta el primer piso, suite #114.



¡Esperamos encontrarnos contigo pronto!

Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C. Paquete de Paciente Nuevo

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
----------------------	----------------------

ALERGIAS A MEDICAMENTOS	
NOMBRE DE LA MEDICINAS	REACCION TENIDO

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	FARMACIA
NOMBRE: DOMICILIO:	NOMBRE: DOMICILIO:
TELÉFONO: FAX:	TELÉFONO: FAX:

UNA LISTA DE SUS MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICAMENTOS SIN RECETA, COMO VITAMINAS Y INHALADORES		
NOMBRE DE LA MEDICINA	FUERZA	FRECUENCIA

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE (SI SU RESPUESTA ES SI A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS, POR FAVOR EXPLIQUE MAS ABAJO			
	ANEMIA		PROBLEMAS DE ASMA
	PROBLEMAS DEL CORAZÓN		TRASTORNO CONVULSIVO
	DERRAME CEREBRAL		¿DIABETES TIPO 1 O 2?
	CANCER: ¿QUE TIPO?		¿DOLOR DE CABEZA (CEFALEAS)?
	MIGRAÑAS		ALTA PRESION SANGUINEA?
	COLESTEROL		TIROIDES
	ULCERA		OSTEOPOROSIS
	OTRO:		

EXPLIQUE FECHA DIAGNOSTICA:

OTROS HOSPITALIZACIONES		
AÑO	RAZÓN	HOSPITAL

CIRUGIAS		
AÑO	RAZÓN	HOSPITAL

Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C.

Paquete de Paciente Nuevo

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR								
PROBLEMAS DE SALUD	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	HIJO	HIJA	ABUELOS/ MATERNA	ABUELOS/ PATERNA
PROBLEMAS DEL CORAZON								
TRASTORNO CONVULSIVO								
DERRAME CEREBRAL								
TIPO DE DIABETES ¿1 O 2?								
CANCER ¿QUE TIPO?								
MIGRAÑAS								
ALTA PRESIÓN SANGUÍNEA								
COLESTEROL								
TIROIDES								
OSTEOPOROSIS								
OTRO								

HÁBITOS HISTORIA SOCIAL			
	¿El paciente se ducha a sí mismo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede poner la ropa superior del cuerpo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede limpiar la casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede cocinar por sí mismos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede conversar de manera significativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede vestirse por sí mismos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede conducir un coche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede alimentarse por sí mismos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede encontrar su camino a casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede vivir solo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede reconocer caras familiares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede utilizar el transporte público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede recordar su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente sabe dónde viven?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuál es la fecha de hoy? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente puede controlar su vejiga y el intestino?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente es casado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿El paciente tiene hijos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos?

Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C.

Paquete de Paciente Nuevo

HABITOS DE SALUD & SEGURIDAD PERSONAL	
<i>Todas las preguntas contenidas en este cuestionario se mantendrá estrictamente confidencial</i>	
EJERCICIO	<input type="checkbox"/> Sedentaria (No hacer ejercicio)
	<input type="checkbox"/> El ejercicio suave (es decir, subir escaleras , caminar 3 cuerdas , golf)
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso ocasional (es decir , el trabajo o la recreación , a menos de 4x / semana durante 30 minutos)
	<input type="checkbox"/> El ejercicio vigoroso regular (es decir, el trabajo o la recreación, 4x / por 30 minutos o más)
CAFÉINA	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Té <input type="checkbox"/> Cola
	¿Número de tazas / latas por día?
ALCOHOL	¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, ¿qué tipo?
	¿Cuántas bebidas por semana? <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 5-8 <input type="checkbox"/> 8 y más
	¿Ha considerado parar de beber? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha experimentado apagones mentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Estás propensos a beber "atracción"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Usted conduce un coche después de beber? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
TABACO	¿Fumas cigarrillos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Paquetes por día _____
	¿Usted mastica tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # por día ____ ¿Pipa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # por día ____
	¿Cigarros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # por día ____ ¿Año en que dejo de fumar? _____
DROGAS	¿En la actualidad usa drogas recreativas o de la calle? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha dado a sí mismos drogas de la calle con una aguja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ FECHA DE HOY: ___/___/___

Razón de la visita de hoy:

1)
2)
3)

ALTURA ACTUAL: _____

PESO: _____

He revisado mi resumen de la salud: _____ (iniciales)

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas recientemente?

Constitucional		Endocrino	
Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aumento de la sed	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ojos		Problemas de sudoración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espasmo del párpado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemolinfática	
Visión doble	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otorrinolaringología		Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Babeo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas con la audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergia / Inmune	
Problema del hablar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas inmunológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tragar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neurológico	
Cardiovascular		Temblores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Corazón acelerado / palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Calambres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de las piernas / pies	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mareo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gastrointestinal		Se cae	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Congelación al caminar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Poco apetito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vómitos con sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mareo leves	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno Convulsivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ardor de estómago o úlcera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contracciones nerviosas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Respiratorio		Psiquiátrico	
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos o tos crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Episodios de llanto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Musculoesqueléticas		Falta de motivación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Integumentario	
Problemas con los huesos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Movimiento involuntario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer de piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Genitourinario	
Pérdida del equilibrio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impotencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espasmo muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esterilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aumento de la micción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Postura pobre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Punzadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Micción nocturna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estremecimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Póliza Financiera de Valley Physical Medicine & Rehabilitation

Estamos haciendo todo lo posible para mantener el costo de la atención médica. Usted puede ayudar mucho por reducir el número de facturas que enviamos a usted. El siguiente es un resumen de nuestra póliza de pago.

TODOS LOS PAGOS SE ESPERA EN EL MOMENTO DE SERVICIO

El pago se realiza en el momento que se prestan servicios a menos que otros arreglos se han hecho con anterioridad. Esto incluye aplicar coaseguro y copagos para participar las compañías de seguros. Aceptamos pagos en efectivo, cheques personales, y de todas las principales tarjetas de crédito. Hay un cargo por servicio de cheque devuelto.

Los pacientes con un saldo pendiente 90 días o más en el pago deben hacer arreglos de pago antes de programar las citas. Nos damos cuenta de que dificultades financieras es una realidad. Estamos dispuestos a realizar plan de pago razonable alojamiento con usted para resolver los saldos pendientes.

Si necesita ayuda o tiene preguntas, por favor póngase en contacto con Jennifer **entre las 7:00 A.M. y 3:30 P.M., de lunes a viernes al número: 602-406-5139.**

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA:

Si usted está inscrito en un plan de atención médica administrada (HMO, AHCCCS, Medicare Advantage) debe obtener una referencia de su médico de atención primaria antes de su cita con nosotros. Las remisiones pueden ser enviados por fax al número: 602-406-6302. Obtenemos las referencias como una cortesía a usted. Sin embargo, su compañía de seguros, en última instancia lo hace responsable de obtener la remisión necesaria, así como el saldo de los créditos impagados en caso de no obtener una referencia.

CITAS PERDIDAS y/o canceladas:

Citas perdidas representan un costo para usted, para ustedes, y para otros pacientes que pudieran haber sido visto durante el tiempo reservado para usted. Nos tiene que dar un aviso de 24 horas antes de su cita programada. Abuso excesivo de citas perdidas puede resultar en descarga de la práctica.

He leído y entendido la Póliza Financiera de **Valley Physical Medicine**. Estoy de acuerdo en asignar beneficios del seguro a la práctica Valley Physical Medicine siempre que sea necesario. También estoy de acuerdo que si se es necesario reenviar mi cuenta a una agencia de colección, además de la cantidad adeudada, yo también seré responsable de la comisión cobrada por la agencia de cobro de los costos de las colecciones.

Firma del asegurado o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C.

Estimado padre(s) del niño(a), guardián, o el Titular de Poder Médico:

Si usted es el guardián o tiene un Poder Médico para un paciente de Valley Physical Medicine que le autoriza a recibir información médica y la atención médica directa. **NECESITAMOS** documentación escrita sobre el guardián del paciente o Poder Médico antes de que podamos conversar sobre la información médica del paciente y el tratamiento con usted.

Para ayudarnos a satisfacer las necesidades de nuestro paciente:

Por favor, presente DOCUMENTOS DE PRUEBA del Poder Médico en el momento de la primera visita del paciente.

Proporcione cualquier cambio que se haiga hecho en el Poder Médico tan pronto estos cambios entren en efecto.

Si el Poder Médico archivada en el expediente del paciente no muestra una persona autorizada para recibir información médica y de tomar decisiones médicas, HIPAA y las leyes de privacidad nos impide la DISCUSIÓN MEDICAL del paciente y el TRATAMIENTO CON USTED.

Si NO ESTÁ AUTORIZADO, POR FAVOR NO PIDA información médica o dirige el tratamiento del paciente.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar a la oficina al (602) 406-6304.

Sinceramente,

The Physician's & Staff

VALLEY PHYSICAL MEDICINE & REHABILITATION
222 W THOMAS RD
STE 114
PHOENIX, AZ 85013