



Historia clínica del paciente y admisión Terapia ocupacional y física

Información del Paciente

Fecha de admisión: _____

<u>Nombre del paciente:</u>		<u>Edad:</u>	<u>Fecha de Nacimiento :</u>
<u>No de Seguro Social:</u>	<u>Género:</u> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<u>Diagnóstico:</u>	
<u>Nombre de los padres o persona a cargo:</u>			
<u>Dirección:</u>			
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código Postal:</u>	
<u>Télf. domicilio:</u>	<u>Télf. trabajo:</u>	<u>Celular:</u>	
<u>Nombre del padre:</u>			
<u>Télf. domicilio:</u>	<u>Télf. trabajo:</u>	<u>Celular:</u>	
<u>Correo electrónico:</u>			
¿Podemos dejar mensajes sobre las citas en su teléfono fijo y/o móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<u>Información sobre el seguro</u>			
<u>Tipo de seguro:</u> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CMS <input type="checkbox"/> Caritas <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> Private Pay <input type="checkbox"/> Waiver			
<u>Numero de miembro:</u>		<u>HMO:</u>	
<u>Early Steps (Coordinador de Servicios):</u>			<u>Télf.:</u>
<u>Seguro privado:</u>			
Nombre en la póliza:		No de póliza:	ID del paciente:
Dirección		Ciudad:	Estado:
Télf.	Contacto:	Tipo de cobertura:	
<u>Información de los Doctores</u>			
<u>Médico de atención primaria:</u>			
<u>Name:</u>		<u>Tel:</u>	
<u>Dirección de la clínica:</u>		<u>Fax:</u>	
<u>Referido por: Neurologo, Ortopedico, ect</u>		<u>Tel.:</u>	
<u>Name:</u>		<u>Fax:</u>	
<u>Qué preocupaciones tiene con respecto a este niño/a:</u>			



HISTORIAL DE EMBARAZO Y POST-NATAL

A. Embarazo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Prematuro __sem. Peso al nacer: __lb__ Talla: _____ _____		
B. Método de parto	<input type="checkbox"/> Nacimiento por Césarea	<input type="checkbox"/> Vaginal	Motivo de la cesárea:
C. ¿Alguna dificultad antes del nacimiento? En caso afirmativo, explique:			
B. Alguna dificultad después del parto (por ejemplo, procedimientos de hospitalización, etc.) _____			
D. ¿Cuánto tiempo estuvo su hijo/a en el hospital tras su nacimiento? _____ Si es más largo que la media, _____			

HISTORIA CLINICA

Marque cualquiera de las siguientes opciones que se apliquen a su hijo/a:

<input type="checkbox"/> enfermedad crónica	<input type="checkbox"/> infecciones crónicas	<input type="checkbox"/> tuberculosis	<input type="checkbox"/> problemas de pulmón/bronquios
<input type="checkbox"/> hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> problemas de visión	<input type="checkbox"/> problemas auditivos	<input type="checkbox"/> defecto cardíaco
<input type="checkbox"/> trastornos del sueño	<input type="checkbox"/> lesiones físicas	<input type="checkbox"/> dificultad para comer	<input type="checkbox"/> diabetes
<input type="checkbox"/> infecciones auditivas	<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> sarampión	<input type="checkbox"/> Alergias ,explique:
<input type="checkbox"/> meningitis	<input type="checkbox"/> varicela	<input type="checkbox"/> fiebre alta	
<input type="checkbox"/> paperas	<input type="checkbox"/> tosferina	<input type="checkbox"/> otros:	

¿Su hijo está tomando alguna medicación en este momento? Sí No

MEDICACION ACTUAL

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo de la medicación



HISTORIAL DEL DESARROLLO

Rellene los espacios en blanco para describir lo mejor posible a su hijo.

Sentado/a ___ meses / años	Habló _____ meses/ años
Se paró _____ meses/ años	Se vistió _____ meses/ años
Caminó _____ meses/ años	Alimentado por sí mismo/a _____ meses/ años
Corrió _____ meses/ años	Capacitado para ir al baño _____ meses/ años
Gateó/se arrastró _____ meses / años	

El desarrollo físico del niño ha sido: Rápido _____ Normal _____ Lento _____

Por favor, enumere cualquier preocupación motora que tenga (por ejemplo, motricidad gruesa, motricidad fina, planificación motora, miedo al movimiento, miedo a las alturas, etc.) _____

RASGOS COMPORTAMENTALES

Marque cualquiera de las siguientes opciones que mejor describa el comportamiento de su hijo/a.

<input type="checkbox"/> Fácilmente manejable.	<input type="checkbox"/> Rabieta (pataletas)	<input type="checkbox"/> Amigable	<input type="checkbox"/> Aprendizaje lento.	<input type="checkbox"/> Agresivo/a
<input type="checkbox"/> Es social y participativo/a.	<input type="checkbox"/> Nervioso/a	<input type="checkbox"/> Sigue las instrucciones.	<input type="checkbox"/> Se adapta bien a los cambios	<input type="checkbox"/> Comprende la seguridad.
<input type="checkbox"/> No tiene compañeros de juego.	<input type="checkbox"/> Poco adaptable	<input type="checkbox"/> No le gusta presumir	<input type="checkbox"/> Dificultades con los cambios	<input type="checkbox"/> Se turna con los demás.
<input type="checkbox"/> Buen contacto visual.	<input type="checkbox"/> Prefiere jugar solo/a.	<input type="checkbox"/> Dificultades para escuchar.	<input type="checkbox"/> Destructivo/a	
<input type="checkbox"/> Tímido/a	<input type="checkbox"/> Escaso contacto visual	<input type="checkbox"/> Incapaz de Autocalmarce	<input type="checkbox"/> Miedos inusuales.	

Por favor, enumere otras terapias que su hijo esté recibiendo:

Tipo de terapia	Frecuencia	Lugar	Nombre del terapeuta	Tél. Terapeuta

OTROS COMENTARIOS

PACIENTE/ FIRMA DEL TUTOR:	Fecha:
PACIENTE/NOMBRE DEL TUTOR:	PARENTESCO DEL TUTOR CON EL PACIENTE:



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (HIPAA)

Entiendo que dispongo de ciertos derechos de privacidad con respecto a la protección de mi información médica. Estos derechos se me otorgan bajo The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996(HIPAA) (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996).

_____ (iniciales del paciente). **Notice of Privacy Practices** (Aviso de prácticas de privacidad). Confirmando que he recibido "**Notice of Privacy Practices**", que describe las formas en que la misma puede usar y divulgar mi información de salud para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos, entiendo que puedo contactar a Oasis Rehabilitation Services Inc. si tengo una pregunta o queja. Acepto que esta información puede ser divulgada electrónicamente por Oasis Rehabilitation Services Inc. y/o los asociados comerciales del proveedor en la medida permitida por la ley. Autorizo el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en "**Notice of Privacy Practices**".

_____ (Iniciales del paciente). **Divulgación de información.** Por este medio autorizo a Oasis Rehabilitation Services Inc., y a otros profesionales de la salud involucrados en el tratamiento directo o indirecto de mi hijo a comunicar información de atención médica con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar limitaciones en la forma en que mi información de salud protegida se utiliza y divulga para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, no obstante, Oasis Rehabilitation Services Inc no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas. Sin embargo, si Oasis Rehabilitation Services Inc., está de acuerdo, entonces Oasis Rehabilitation Services Inc. está obligado a cumplir con esta restricción. Entiendo que puedo contactar a Oasis Rehabilitation Services Inc., en cualquier momento para obtener una copia de este aviso.

Divulgación de información a amigos y/o familiares - También puede utilizarse como contacto en caso de emergencia **¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON LA QUE EL PROFESIONAL PUEDA HABLAR DE SU ESTADO DE SALUD? EN CASO DE QUE SÍ, ¿CON QUIÉN?'** Autorizo para que se divulgue mi información médica protegida con el fin de comunicar los resultados, los diagnósticos y las decisiones sobre la atención médica a los miembros de la familia y otras personas indicadas a continuación:

1. Nombre: _____ Relación: _____ Tel.: _____
2. Nombre: _____ Relación: _____ Tél.: _____

El tutor legal del paciente puede revocar o modificar esta autorización en particular y tal revocación o modificación debe hacerse por escrito.

PACIENTE/ FIRMA DEL TUTOR:	Fecha:
PACIENTE/NOMBRE DEL TUTOR:	PARENTESCO DEL TUTOR CON EL PACIENTE:



Consentimiento para el uso de correo electrónico o mensajes de texto para recordatorios de consultas y otras informaciones médicas:

Autorizo a recibir recordatorios de consultas y otras comunicaciones/informaciones médicas por correo electrónico o mensaje de texto de parte de Oasis Rehabilitation Inc. **Iniciales del paciente** _____

Autorizo a recibir mensajes de texto por parte de Oasis Rehabilitation Inc en mi teléfono celular y cualquier número reenviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir información como se indica anteriormente. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los futuros recordatorios de consultas / seguimientos / información de salud a menos que solicite un cambio por escrito (véase la sección de revocación a continuación).

El **número de teléfono móvil** que autorizo a recibir mensajes de texto para recordatorios de consultas, observaciones y recordatorios/información general sobre la salud es _____.

El **correo electrónico** que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico para recordatorios de consultas y recordatorios/información de salud en general es _____.

Nombre del paciente _____ Firma _____ Fecha: _____

Revocación

Por la presente, revoco mi solicitud de recibir futuras comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto.

- Por el presente revoco mi solicitud de recibir futuros recordatorios de consultas, comentarios y salud general a través de mensajes de texto.
- Por el presente revoco mi solicitud de recibir futuros recordatorios de consultas, comentarios y salud general por correo electrónico.

Nombre del paciente/representante: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para fotografiar o grabar de otro modo para la seguridad y/o las operaciones de atención médica _____ **(Iniciales del paciente)** Autorizo a que se me fotografíe, se me grabe en vídeo, se me grabe digitalmente o en audio, y/o se me grabe en imágenes para fines de seguridad y/o para fines de operaciones de atención médica de la institución (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad).

Entiendo que el centro conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente posible, a menos que la ley lo prohíba. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones serán almacenadas y protegidas de forma segura. Las imágenes y/o grabaciones en las que se me identifique no se divulgarán y/o utilizarán sin una autorización específica por escrito de mi parte o de mi representante legal, a menos que sea para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o que la ley lo permita o exija.

_____ **(Iniciales del paciente)** No doy mi consentimiento para que se graben fotografías, cintas de vídeo, grabaciones digitales o de audio, y/o imágenes más con fines de seguridad y/o de operaciones de atención médica del centro (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad).

PACIENTE/ FIRMA DEL TUTOR:	FECHA:
PACIENTE/NOMBRE DEL TUTOR:	PARENTESCO DEL TUTOR CON EL PACIENTE:



Consentimiento para el tratamiento

Autorizo al terapeuta de Oasis Rehabilitation Services Inc, a proporcionar el tratamiento terapéutico y cualquier otro servicio complementario que se considere clínicamente necesario o apropiado para mi hijo. Entiendo, que la práctica de la terapia de rehabilitación no es una disciplina exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al tratamiento y/o resultado de la terapia.

PACIENTE/ FIRMA DEL TUTOR:	FECHA:
PACIENTE/NOMBRE DEL TUTOR:	PARENTESCO DEL TUTOR CON EL PACIENTE:

Responsabilidad Financiera

Acepto que la agencia no me cobrará por terapias que no sea pagadas por Medicaid, un plan de seguro, otro acreedor o un representante legal. Además, comprendo que una vez que mi hijo/hija o tutelado sea evaluado o reevaluado, la agencia ya habrá pagado por ese servicio. En caso de que yo, el tutor legal o el representante designado decida no brindar el servicio a mi hijo/hija o tutelado con Oasis Rehabilitation, se me exigirá que pague el servicio incurrido para la evaluación o re-evaluación en un plazo de 30 días. También la agencia se compromete a darle una copia de la evaluación de su hijo/hija o tutelado.

PACIENTE/ FIRMA DEL TUTOR:	FECHA:
PACIENTE/NOMBRE DEL TUTOR:	PARENTESCO DEL TUTOR CON EL PACIENTE: