



FLOYD
La historia médica de adulto



Nombre: _____ La diagnosis: _____

La fecha de nacimiento: _____ El sexo: M o F Sí mujer, ¿está embarazada? Si o No

El médico de consulta: _____ La lengua hablada primariamente
inglés español otra _____

El empleo: _____

* * * ¿Tiene Ud. cualquiera preocupaciones religiosas o culturales que afectará su
tratamiento? _____

Por favor, vaya comprobando cualquiera de las siguientes que se aplican:

La anemia	Una herida a la cabeza	La meningitis	Afecciones de la piel	El artritis
Los dolores de cabeza	El nerviosismo/ una crisis nerviosa	Apoplejía/ Derrame cerebral	Una enfermedad de sangrar	Una condición de la corazón
La tensión alta	El tuberculosis	El cáncer	El tiroides	El flebitis
La enfermedad vascular	Las depresiones	El mareo/ el desmayo	Problemas de los rifiones	La diabetes
La polio	La fiebre reurnática	Problemas gástricos	Problemas de puhnonnes o de respirar	Los ataques
Infección/MRSA				

Las cirugías previas y/o las heridas previas

La historia de la enfermedad actual

Describa su herida y dé la fecha de la herida: _____

¿Dónde le duele más? _____

¿Qué aumenta o disminuye el dolor? _____

Los medicamentos corrientes: _____

La finna: _____ la fecha _____



FLOYD



La Información demográfica del paciente adulto

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Dirección: _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Condado _____
 Teléfono _____ Celular _____ Sexo: M o F Fecha M nacimiento _____
 N * de la Seguridad Social (Social Security) _____ Estatus matrimonial: S M D V La raza _____
 Nombre del empresario _____
 Dirección del empresario _____
 Teléfono del empresario _____ ¿Jubilado? Si o No Si responde sí, la fecha de jubilarse _____

La Información de contacto de emergencia

Nombre del contacto _____ Parentesco al paciente _____
 Teléfono del contacto _____

¿Tiene el paciente el cubierto de seguro por medio de un pariente, esposo, o padre/guardián? **Sí o No** Si responde sí, por favor, cumpla la información abajo. Si responde **no**, este impreso está completo.

La información de él que tiene el cubierto de seguro

Apellido: _____ Nombre _____ Inicial _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Condado _____
 Nº de teléfono _____ Sexo: M o F Fecha de nacimiento _____
 Nº de la seguridad social (SSN) _____ El estatus matrimonial. **S, M, D, V**
 La Raza _____ Parentesco al paciente _____
 Nombre del empresario _____
 Dirección del empresario _____
 Teléfono del empresario _____ ¿Jubilado? Si o No Si responde sí la fecha de jubilarse _____

Otra información de él que tiene el cubierto de seguro
(sí hay otro seguro)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Condado _____
 Teléfono _____ Sexo: M o F Fecha de nacimiento _____ SSN _____
 Estatus matrimonial: **S, M, D, V** La raza _____ Parentesco al paciente _____
 Nombre de; empresario _____
 Dirección del empresario _____
 Teléfono del empresario _____ ¿Jubilado? **Sí o No** Si responde sí, la fecha de jubilarse _____

(traducido 07/04/08 PB)



FLOYD



LOS DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES SERVIDOS

Consecuente con la filosofía de Floyd Outpatient Rehabilitation (la rehabilitación del paciente externo) que cada ser humano merece el respeto y la dignidad, reconocemos que hay ciertos derechos básicos que le pertenecen.

1. Usted tiene el derecho del tratamiento/cuidado con consideración y respeto todo el tiempo y bajo todas las circunstancias, con el reconocimiento de su dignidad personal.
2. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de ser tratado y de tratar a otros con respeto, con dignidad, y con seguridad con ningunos ejemplos de acoso ni físico, ni verbal, ni emocional, ni sexual; y sin ninguna consideración de la raza, del color, del credo, del origen nacional, o de la fuente del pago para su cuidado.
3. Usted no debe ser sometido a cualquier procedimiento sin su entendimiento voluntario y competente y su consentimiento entendido o el consentimiento de su representante legal autorizado.
4. Usted tiene el derecho de esperar que cualquiera discusión o consultación concerniente a su caso se conducirá con discreción y no incluya individuos que no tienen nada que hacer directamente con su cuida.
5. Usted tiene el derecho de recibir los servicios de personal experimentado y cualificado y de saber la identidad y el estatus profesional de cualquier individuo que le provee servicios a usted.
6. Usted tiene el derecho de recibir la información necesaria para dar el consentimiento informado antes de empezar cualquier procedimiento o tratamiento.
7. Usted tiene el derecho de rechazar tratamiento y de ser informado de las consecuencias de tal acción.
8. Usted tiene el derecho de recibir una respuesta oportuna a una petición para servicios.
9. Usted tiene el derecho de discutir los problemas, sugerir cambios, y participar en el desarrollo/repaso de su plan de tratamiento incluyendo el proceso de dar la alta sin miedo de la discriminación.
10. Usted tiene el derecho de darse la alta de la facilidad tan pronto como ya no necesita el cuidado y el tratamiento
11. Usted tiene el derecho de presentar un informe concerniente a un suceso o un motivo de queja que estima prudente.
12. Usted tiene el derecho de tener presente un traductor para ayudarle a comprender su tratamiento/cuida.

Patient Identification Sticker



FLOYD



La política de la cancelación o de "no show"

La cancelación: Avise a nuestro departamento a lo menos 24 horas antes de su cita.

"No show": quiere decir que no se presenta o no avisa al departamento dentro de 24 horas.

La alta: Si cancele o "no show" 3 veces dentro de un período de dos semanas, su terapeuta, a su discreción, puede fijar otra cita o dar la alta (descargarle) de la terapia. Al descargarle, usted necesitará obtener otra receta de su médico, hacer otra cita con nosotros, y someterse a otra evaluación para continuar el tratamiento.

****Si tenga motivos por perder más de una cita (por ejemplo, si tenga el gripe, si hay un muerte en la familia, etc ...), por favor, avísenos. Podemos suspender su tratamiento temporalmente hasta dos semanas. Esté usted seguro de informar a la persona con quien habla que Ud. quiere hacerlo.**

La asistencia constante es esencial para su recuperación.

Se terapeuta se compromete estar a tiempo, proveerle a Ud. con el cuidado experto y profesional, y le involucra a usted en cada paso de su rehabilitación, y hacer productivo y de éxito su tiempo juntos. El compromiso suyo asistir a sus citas fijadas, seguir su programa de ejercicios en casa, e informar a su terapeuta de sus citas de seguimiento con su médico por adelantado ayudará mucho en su recuperación.

**El acuse de recibo de
Los Derechos de los Participantes Servidos**

Mi firma abajo indica que he recibido una copia de la Noticia de las Prácticas Privadas de Floyd Healthcare Management, Inc.

Registrador: Si este paciente no recibió la Noticia de las Practicas Privadas, dé la razón:

Por firmar abajo, indico que comprendo **la Política de la Cancelación o de "No show"** y mi acuse de recibo de las **Prácticas Privadas y los Derechos de los Participantes.**

La firma

La fecha

El nombre del paciente (escrito con letra de imprenta)