



**DASH Therapy**  
Evaluacion Inicial - Cuestionario del Pre-examen  
**CONFIDENCIAL**

Para evaluar su condicion completamente, Por favor llene este formulario, sea lo mas exacto que pueda con sus respuestas.

Nombre: Apellido \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Telefono de Casa #: \_\_\_\_\_

Género: Mujer \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Estado Civil: C S D V Otro: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_

Médico Especialista / Cirujano: \_\_\_\_\_

Queja principal sobre su lastimadura? \_\_\_\_\_

Fecha en que se lastimo? \_\_\_\_\_ Fecha de su Cirugia ? \_\_\_\_\_

En la escala abajo, por favor de poner un circulo alrededor del numero que significa su nivel de DOLOR, el peor que ha tenido en los ultimos dos dias.

*Menos / Suave*                      *Moderado*                      *Severo*  
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

• ¿Toma usted algun medicamento para el dolor / problema?                      SI                      NO                      Le ayuda?                      SI                      NO

Si contesto, Sí, nombre por favor los medicamentos \_\_\_\_\_

• ¿Son cualquiera de sus actividades diarias / habituales afectadas?                      SI                      NO

**INFORMACION DE LA ASEGURANZA**

Es este un caso de Indemnizacion al Trabajador (*Workers Comp*)?                      SI                      NO

Compania para la que trabaja: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

Esta trabajando?                      SI                      NO                      Si, contesto NO que fue el ultimo dia que trabajo? \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza? \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

Informacion del representante encargada (o) de su caso:

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

Otra aseguranza?

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

### Resumen de Prácticas de Privacidad

La información siguiente es el resumen de la *NOTA de PRACTICAS de PRIVACIDAD*. **ESTA NOTA DESCRIBE SOBRE COMO SU INFORMACION MEDICA DE USTED ES UTILIZADO, REVELADO Y COMO PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACION. REVESELO POR FAVOR CON CUIDADO.**

La ley requiere que mantengamos la privacidad de su información médica. Debemos respetar los términos de esta nota. Usted puede pedir una copia de esta nota. Si la nota es revisada, o cambiada una copia estará disponible sobre la petición.

Utilizamos y revelamos su información médica para **el Tratamiento**. Por ejemplo, nosotros llamaremos a su médico para discutir el progreso que usted ha hecho a consecuencia de sus tratamientos de terapia. Utilizaremos y revelaremos su información médica **para el Pago**. Por ejemplo, nosotros podemos proporcionar su plan de seguro con información sobre su diagnóstico y el tratamiento. Utilizaremos y revelaremos su información médica para **Operaciones de Asistencia médica**. Por ejemplo, nosotros podemos utilizar su información médica para evaluar y/o mejorar nuestros servicios. Le podemos contactar por teléfono o correo para recordarle de una cita, para discutir otros asuntos de asistencia médica o para discutir pagos de nuestros servicios.

Podemos utilizar y revelar su información médica para notificarle de alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con salud. Podemos revelar su información médica a esos individuos que participan en su cuidado o el pago para ese cuidado. Debe notificar a nuestra oficina por escrito si usted no desea que hagamos estas comunicaciones.

Podemos utilizar su información médica como requisito y permitido por la ley. Cualquier otro usos o revelaciones serán hechos sólo sobre su autorización por escrito. Puede revocar la autorización en cualquier tiempo solo notificando a nuestra oficina por escrito.

Usted tiene los derechos siguientes: **recibir una copia de su nota de privacidad; solicitar que restricciones son utilizados y revelaciones de su información médica y para recibir comunicaciones confidenciales; inspeccionar y copiar su información médica; solicitar una enmienda a su información médica; y a una contabilidad de revelaciones de su información médica.**

**Contacto de Información:** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, contacte por favor nuestro Designee al (559) 627-3274 o Secretario de EEUU de la Salud y Servicios Humanos.

### AVISO IMPORTANTE

Estoy de acuerdo en pagar un cargo de \$25.00 si NO ME PRESENTO o CANCELO mi cita con 24-horas de anticipacion.

Iniciales

Yo, como paciente autorizo la liberación de cualquier clínico/médico información necesaria para la tramitación de las prestaciones pagaderas a mí o DASH Therapy con médicos y/o gastos médicos. Soy responsable a Dash Therapy por servicios no cubiertos por esta asignación. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada como válido como un original.

Firma del Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona responsable,  
Si el paciente es un menor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_