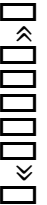


Consentimiento para Tratamiento y Responsabilidad Financiera

1. Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a mi médico u otro profesional de la salud, su designado, otros miembros del personal del Southern New Hampshire Medical Center y sus empleados a realizar pruebas de diagnóstico, procedimiento(s) médico(s) y/o tratamientos específicos según lo prescrito por mi médico u otro profesional de la salud. No se realizarán procedimientos sustanciales sin que yo tenga la oportunidad de discutirlos a mi entera satisfacción con el médico que realiza y/o ordena tales procedimientos. También estoy informado de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y no se han extendido garantías con respecto a los resultados del tratamiento y los exámenes.
2. Reconozco que el Southern New Hampshire Medical Center es un hospital escuela y que los profesionales de la salud en capacitación incluyendo médicos residentes y estudiantes de enfermería y medicina constituyen una parte importante del equipo para el cuidado de mi salud. Entiendo que estos profesionales en capacitación trabajan bajo la dirección y supervisión de mi médico u otro profesional de la salud y que los mismos pueden llevar a cabo u observar algunos de los servicios para la salud que yo recibo, para lo cual brindo aquí mi consentimiento específico.
3. Entiendo y estoy de acuerdo con que el Southern New Hampshire Medical Center no será responsable por la pérdida o daños causados a mi dinero, joyas, anteojos, dentaduras, audífonos, ropa u otros artículos de valor inusual.
4. Divulgación de Información: Por este medio autorizo a Southern New Hampshire Medical Center y a sus profesionales de la salud que me proporcionan servicios a divulgar cualquier información médica obtenida durante esta visita a mi médico y/u otros profesionales de la salud a fines de realizar seguimiento de la atención. Autorizo a Medical Center y a sus agentes a divulgar cualquier información médica y de facturación necesarias a mi compañía de seguros, agencia de Asistencia Médica, Medicare, Medicaid, Programa de Compensación para Empleados/Empleador y/o a cualquier agente o representante de los arriba mencionados (ya sea para determinar la responsabilidad de pago, obtener pago por servicios brindados, determinar la necesidad médica o para cualquier otro propósito relacionado).
5. Autorizo a Southern New Hampshire Medical Center a facturar a mi compañía de seguros y a ceder cualquier beneficio de seguro hospitalario a dicha institución que de otro modo sería pagadero a mí. Comprendo que Southern New Hampshire Medical Center facturará a mi compañía de seguros como un servicio adicional, pero que yo soy la persona financieramente responsable ante Southern New Hampshire Medical Center por todos los cargos en que yo incurra. Además, comprendo que cualquier cuenta morosa puede traspasarse a una agencia de cobranza. Autorizo que Southern New Hampshire Medical Center revise mi reporte de crédito en caso de que solicite asistencia financiera o deje de hacer algún pago a dicha institución. Comprendo que soy la persona responsable de cubrir los honorarios razonables del abogado y de los costos que surjan del cobro de mi cuenta(s) morosa.
6. Entiendo que se me facturará por separado cualquier servicio(s) que se me brinde o sean hechos a mi nombre durante este período de tratamiento por grupos independientes profesionales tales como los servicios de anestesiología de **Southern New Hampshire Anesthesiology Services**, de patología del **Nashua Pathology Associates** y de radiología de los **Associated Radiologists**.
7. En caso de embarazo, las asignaciones, divulgaciones y garantías anteriores de este acuerdo se aplican a mi hijo(a) si el/ la mismo(a) nace en el Southern New Hampshire Medical Center durante este periodo de tratamiento.
8. **Solamente para Beneficiarios de Medicare:** Certifico que la información brindada al solicitar el pago según la Sección XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a quien tenga información médica o de otra naturaleza acerca de mí a revelar a la Administración de Seguridad Social y/o al programa Medicare o sus intermediarios o compañías de seguros o a la Organización de mejoramiento de la calidad cualquier información que sea necesaria para esta o cualquier otra reclamación relacionada con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a mi nombre.
9. Reconozco que se me informó acerca de la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente y que se me proporcionará una copia si así lo solicito.
10. Entiendo que el Southern New Hampshire Medical Center es una instalación libre de tabaco y que no podré usar ningún producto que contenga tabaco durante mi estadía.
11. Comprendo que se pueden tomar fotografías, cintas de video u otras imágenes para documentar la atención recibida y para mantener un ambiente seguro y brindo mi consentimiento para tales efectos. Comprendo que las imágenes retenidas por SNHMC que me identifican sólo serán divulgadas con mi autorización escrita a "menos que la ley autorice lo contrario".



Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Si el paciente es un menor de edad/cuenta con un tutor legal o no puede firmar, favor de completar la siguiente información:

Firma del pariente o tutor legal

Parentesco con el paciente

Fecha

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad en la Información sobre la Salud

Firma

Fecha

El paciente no firmó porque: _____



CN0010

Formulário resumo de informação do paciente

Prezado Paciente:

Por favor complete o seguinte questionário de saúde. A informação que você prover vai nos ajudar a determinar o melhor percurso de fisioterapia para você. Se você tiver qualquer pergunta sobre as perguntas do questionário, por favor discuta com o/a fisioterapeuta.

Obrigado.

Sobre você

Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino
 Você é direito esquerdo? Língua primária: _____
 Você tem alguma crença cultural ou religiosa que possa afetar o seu tratamento?
 Sim Não se responder sim, por favor explique: _____
 Trabalho:
 trabalha fora de casa tempo integral Estudante
 trabalha fora de casa tempo parcial Desabilitado
 não está trabalhando pela atual condição
 aposentado / desempregado
 Ocupação: _____

Atualizações:

Moradia/acomodação residencial

Acomodação Residencial:
 Sozinho
 Cônjuge / companheiro/a / outro
 Com Filhos
 Com os pais ou guardiões
 com familiares além de cônjuge, filhos ou pais
 outro: _____
 Acesso a residência:
 escada sem corrimão Elevador escada com corrimão
 terreno desnivelado Rampas
 outro: _____

Atualizações

Saúde Geral

Como você avalia sua saúde? Excelente boa justa ruim
 Você usa? óculos lente de contato aparelho de audição
 Você percebeu mudanças no hábito de ir ao banheiro para evacuar ou urinar?
 incontinência? Constipação? Sim Não
 Se respondeu sim, explique _____
 Tabagismo/ Alcool
 Você atualmente fuma? Sim Não se respondeu sim, quantas cartelas por dia? _____
 Se respondeu não, você já fumou? Sim Não se respondeu sim, quando você parou (ano)? _____
 Você atualmente bebe cerveja, vinho ou outras bebidas alcólicas? Sim Não quantos drinques por dia, semana ou mes? ____
 Você teve uma queda nos últimos seis meses? Sim Não
 (Page 1 of 2)

Atualizações



Formulário resumo de informação do paciente

Por favor marque com um X nas seguintes condições que você está tendo ou já teve:

- | | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça/Enxaquecas | <input type="checkbox"/> Hepatite A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Marca-passo | <input type="checkbox"/> Psoríases | <input type="checkbox"/> Tendência de sangramento |
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Doenças do Coração |
| <input type="checkbox"/> Problemas Respiratório | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Estômago/úlcera sangrando |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pressão alta ou baixa | <input type="checkbox"/> derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Tonteira/Desmaio | <input type="checkbox"/> Doença de Articulação (Juntas) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Doença Tireóide |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsões | <input type="checkbox"/> Metal ou outros implantes | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Feridas Abertas | <input type="checkbox"/> Tumor/Cisto |
| <input type="checkbox"/> Doença renal | <input type="checkbox"/> Você está tomando medicamentos para ansiedade? | <input type="checkbox"/> Glaucoma |

outro: _____

Histórico cirúrgico você já foi operado? Sim Não

Cirurgia: _____ Data: _____

1. _____

2. _____

3. _____

Você tem alergias (medicamentos, cloro, bromo, abelhas, latex, adesivos, comida, outro)?

Sim Não Se respondeu sim, explique: _____

Hábitos de saúde

Exercício/ Atividade física - Lazer

Você se exercita e participa de atividade física além das atividades normais diárias? sim Não

Se respondeu sim, descreva as atividades:

Quantos dias por semana voce exercita? _____

Qual a duração do exercicio em media por dia (minutos)? _____

Você tem acesso a piscina? Sim Não

Você está grávida ou esta tentando engravidar? Sim Não

Medicamentos

Você toma medicamentos com prescrição médica? Sim Não

Por favor liste:

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

Você toma medicamentos sem prescrição médica? (marque)

Advil/Motrin/Aleve Tylenol Suplementos herbais Antihistaminicos

Vitaminas Laxativos Anti acidos Descongestionantes

outro: _____

Expectativas para Fisioterapia

Quais são seus objetivos para a fisioterapia? _____

Você já recebeu fisioterapia ou terapia ocupacional no passado? Sim Não

Se respondeu sim, quando e porque razão? _____

Por favor assine aqui

A meu conhecimento, esta informação que eu provi está exata e completa.

Assinatura do Paciente _____

Data _____

Assinatura do Terapeuta _____

Planos do Terapeuta Frequência: _____ Duração: _____

Atualizações: _____

Atualizações

Atualizações



AD0031

Regras de comparecimento

Eu, _____ (nome) compreendo que comparecimento regular é essencial para alcançar os melhores resultados do meu programa de terapia. Portanto, ao assinar este contrato, eu estou concordando com os seguintes:

1. Se eu estiver ausente de duas consultas de terapia sem notificar o meu terapeuta com 24 horas de antecedência, eu poderei ser exonerado da terapia.
2. Eu estou concordando estar na hora certa para minhas consultas de terapia.
3. É a minha responsabilidade de informar a equipe da recepção se eu chegar atrasado(a) para uma consulta marcada.
4. Se eu cancelar mais de duas consultas no próximo mês, poderei ser exonerado do programa e o meu médico será notificado. Um cancelamento deve ser recebido pelo menos 24 horas antes da consulta para que a sessão possa ser oferecida a outro paciente.

Nota: Nós compreendemos que ha circunstâncias que surgem e notificação com 24 horas não é sempre possível. Esses incidentes serão levados em consideração.

Assinando abaixo, eu estou concordando com as declarações acima.

Nome

Data

Testemunha

Data

