



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
 10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
 Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Información para el paciente

Nombre	La fecha de hoy:
Dirección	Fecha de nacimiento:
Apartamento	La seguridad social.
Ciudad Estado Código postal	
Correo electrónico	
Casa #	# De la célula
Empleador	Trabajo #
¿Que podamos agradeceremos a enviar?	
Médico	Teléfono

Consentimiento y autorización

Por la presente solicito servicios médicos por Gateway medicina del deporte y rehabilitación o rehabilitación de lesiones de Milwaukie y centro de bienestar (GSMR/MIRWC). Entiendo que puede haber riesgos involucrados con y alternativas a los tratamientos médicos propusieron por el personal de GSMR/MIRWC que entiendo que siempre tengo el derecho de hacer preguntas detalladas sobre todos los aspectos de mi tratamiento. Doy mi consentimiento a servicios prestados y prestados por el personal del GSMR/MIRWC.

He pedido, como una cortesía a mí, que mi compañía de seguros le cobrará por todos servicios prestados a mí en GSMR/MIRWC. Sin embargo, entiendo que soy personalmente responsable del pago de todas las facturas de servicios. Con excepción de reclamación de compensación laboral de un trabajador aceptados. Entiendo que cualquier cheque devuelto estará sujeto a una cuota de veinticinco dólares (\$25) y ninguno volvió compruebe tarifas. Entiendo que en caso de no hacer ningún pago dentro del plazo previsto en el estado de cuenta, será responsable de todos los costos de colecciones, incluyendo un premio de honorarios legales incurridos en juicio y en la apelación. He revisado la información anterior y parece correcto.

Autorizo la divulgación de información en mi historia de registros médicos y al personal del GSMR/MIRWC. Autorizo la divulgación de información en mi historial médico y la historia a mi compañía de seguros cuando sea requerido por la compañía de seguros para pagar cualquier gasto médico incurrido por mí en GSMR/MIRWC. Yo autorizo de historial médico, tanto verbalmente como por escrito, a mi médico cuando personal GSMR/MIRWC está trabajando bajo referencia.

Nombre firma fecha



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
 10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
 Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

HISTORIA DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON TRABAJO, LESIÓN

Fecha:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

EMPLEADOR / OCUPACIÓN

Fecha del incidente:

Hora del accidente:

AM / PM

Tipo de negocio

Su ocupación

¿Lesiones de compensación del trabajador anterior?

SÍ/NO

Si sí cuando:

¿Accidente reportado al empleador?

¿Reclamo de accidente lleno? (Formulario 801)

SÍ/NO

¿Nombre de la persona había reportado accidente?

Testigos del accidente:

Lesionado en:

Ciudad:

Provincia/estado:

Código postal:

Longitud del tiempo trabajado allí antes del accidente:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Si elevación, cuánto peso estuvo involucrado:

¿En qué posición estabas?

¿El accidente fue causado por alguien además de ti?

Y / N

Si sí cuando:

¿Qué, si los hubiere, clase de equipo fue involucrado?

¿Cuál es la función de este equipo?

¿El accidente fue causado por la falta de equipos de producto?

S/N

Si es así ¿qué fue?

Si golpeado con un objeto, ¿qué fue?

¿Donde se golpeó?

Si te caíste, ¿cuánto te enamoraste?

INTERIOR / EXTERIOR

¿Qué partes del cuerpo fueron afectados.

Pecho

Rodilla

Hombro

Mano

Pie

Hip

Espalda

Otros:

¿Qué condiciones físicas pueden haber contribuido a la lesión actual? (por ejemplo: piso resbaladizo, helada, objeto de la manera.)

INCAPACIDAD ACTUAL / ESTADO DE TRABAJO

Última fecha de trabajo:



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC

10915 SE Stark St, Portland, OR 97216

Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

¿Estás fuera del trabajo? SÍ / NO

¿En caso afirmativo, autorizado por quien?

¿Has perdido tiempo del trabajo como consecuencia de este accidente? SÍ / NO

¿Si es así, está usted siendo compensado por tiempo perdido del trabajo? SÍ / NO

¿Ha trabajo modificado o con una carga de trabajo reducida han ofrecido a usted como resultado de sus heridas? S/N

MÁS ALLÁ DEL TRATAMIENTO MÉDICO

¿Ha sido tratados por otro médico para este accidente? SÍ / NO

En caso afirmativo, indique nombre y la dirección del doctor:

¿Qué tipo de tratamiento recibió?

¿Cuánto tiempo trataron con este doctor?

Donde luego se toman radiografías. S/N

Fecha de la radiografía:

¿Donde tomaron radiografías?

Desde su accidente eres: (Mejorado)

(Sin cambios)

() Poniendo peor

¿Qué tipo de medicamentos llevan?

¿Ayuda estos medicamentos?

SÍ / NO / DESCONOCIDO

¿Ha tenido la fisioterapia / cuidado de la quiropráctica? S/N Es Sí, ¿con qué frecuencia?

- Diariamente
- Cada día
- Varias veces por semana
- Semanal
- Cada semana
- Mensual
- Otros

¿Ayuda la terapia física? SÍ / NO / NO SÉ

Antes de este accidente, ¿has tenido alguna de las quejas físicas similares a lo que tienes ahora? Y / N

En caso afirmativo, por favor describa:

¿Estas quejas similares fueron el resultado de un accidente anterior (s)? SÍ / NO

Por favor proporcione los detalles de ese accidente (s):

Por mi firma abajo yo estoy verificando que la información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente

fecha



Nombre: _____ Fecha: _____

Referido por: _____ Médico: _____

¿Ha sido tratado por un quiropráctico antes? S/N

Las siguientes preguntas ayudarán al médico evaluar sus necesidades. Por favor, complete los dos Lados y ser lo más precisa posible. Toda la información es confidencial

Edad: _____ Sexo: Masculino/femenino _____ Altura: _____ Peso: _____

Si no se lesiona, aproximadamente Cuándo ¿comenzó el dolor?

Ha sido tratadas por este mismo problema antes: Sí No

¿En caso afirmativo, quién tratado? _____ Cuando: _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____ Teléfono: _____

Por favor describa cómo empezaron sus síntomas: _____

PRINCIPALES QUEJAS:

- Dolores de cabeza Mareo Desorientación Rigidez
- Dolor de cuello Lumbalgia Dolor de espalda medio Espalda superior
- Músculos doloridos Manos/pies fríos Otros: _____
- Entumecimiento Hormigueo (en tu: **las manos o los pies**)

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿Toma algún medicamento sobre una base regular? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor enumere con dosificación: _____

¿Ha tenido cirugía? SÍ No En caso afirmativo, por favor describa con fechas: _____

¿Tiene alguna discapacidad permanente? S/N

¿Tienes cualquier impedimentos físicos que le impidan trabajar o hacer las cosas que disfrutas? S/N

Por favor explique: _____

¿Usted nunca ha admitido en el hospital? S/N si sí, ¿por qué y Cuándo? _____

¿Has necesitado tratamiento en una sala de emergencias y no ha admitido? S/N, en caso afirmativo, qué era su condición. _____

¿Ha tenido alguna lesión que requirió el tratamiento de un profesional médico? S/N

Por favor explique: _____

¿Has alguna vez perdió el conocimiento? S/N ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Este fue el resultado de una lesión? S/N Por favor explique: _____

¿Tiene rayos x en los últimos 2 años? ¿S/N dónde? ____ ¿Qué parte del cuerpo? _____



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
 10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
 Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Si sientes que el doctor puede necesitar estar al tanto de cualquier otra cosa por favor explique: ____

SÍRVASE INDICAR SI USTED TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

- Dolores de cabeza ○ Dolor de mano ○ Debilidad ○ Pérdida del sueño
- Dolor de cuello ○ Dolor de pierna ○ Desmayos ○ Pérdida del apetito
- Dolor en el pecho ○ Sudores fríos ○ Dolor de oídos ○ Afección cardíaca

¿ES USTED CAPAZ DE REALICE LO SIGUIENTE DESPUÉS DE SU DOLOR
COMENZARON? INDICADO por uso:
N – L normal – limitada, D – difícil, P – doloroso, U – no se puede realizar

- | | | |
|--|--|---|
| <p>____ Tos</p> <p>____ Estornudo</p> <p>____ Empujando</p> <p>____ Equilibrio</p> <p>____ Llegando a</p> <p>____ Otros:</p> | <p>____ Inclinándose hacia adelante</p> <p>____ De pie</p> <p>____ De rodillas</p> <p>____ Tirando</p> <p>____ Caminar</p> | <p>____ Vuelta (en cama)</p> <p>____ En estómago</p> <p>____ Acostado de espalda</p> <p>____ Actividad sexual</p> <p>____ Vestir a ti mismo</p> |
|--|--|---|
-

Por favor leer atentamente: Este cuestionario ha sido diseñado para dar la información del médico en cuanto a cómo dolor ha afectado su capacidad para gestionar todos los días vida. Por favor responder a cada sección y marcar en cada sección solamente la **Una caja** que debe estrechamente describe sus problemas.

Sección 1 – intensidad del dolor	Sección 4 – caminando continuo
<input type="checkbox"/> o que puedo tolerar el dolor que tengo sin tener que utilizar analgésicos.	<input type="checkbox"/> o Sólo puedo caminar con un bastón o muletas.
<input type="checkbox"/> o El dolor es malo pero gestiono sin tomar analgésicos.	<input type="checkbox"/> o Estoy en la cama la mayor parte del tiempo y tengo que meterme al baño.
<input type="checkbox"/> o Analgésicos dan alivio completo del dolor.	Sección 5 – sentado
<input type="checkbox"/> o Analgésicos dan alivio moderado dolor.	<input type="checkbox"/> o Me puedo sentar en cualquier silla mientras me gusta
<input type="checkbox"/> o Analgésicos dan muy poco alivio del dolor.	<input type="checkbox"/> o Me puedo sentar en mi silla favorita mientras me gusta
<input type="checkbox"/> o Analgésicos no tienen ningún efecto sobre el dolor y yo no los uso.	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide de estar sentado durante más de 1 hora
Sección 2 – Cuidado Personal	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide de estar sentado por más de ½ hora
<input type="checkbox"/> o Puedo cuidar yo normalmente sin causar dolor adicional de.	<input type="checkbox"/> o Dolor sentado por más de 10 minutos me impide
<input type="checkbox"/> o Puedo cuidarme normalmente pero causa dolor extra.	<input type="checkbox"/> o Dolor sentado nada me impide
<input type="checkbox"/> o Es doloroso cuidar de mí mismo y me siento lento y cuidadoso.	Sección 6 – pie
<input type="checkbox"/> o Necesitan ayuda pero puede manejar la mayoría de mi cuidado personal.	<input type="checkbox"/> o Lo que puedo soportar tanto como quiera sin dolor extra
<input type="checkbox"/> o Necesito ayuda cada día en la mayoría de los aspectos de los autocuidados.	<input type="checkbox"/> o Lo que puedo soportar tanto como yo quiero, pero me da dolor extra
<input type="checkbox"/> o No llegar vestida, lave con dificultad y quedarse en la cama.	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide estar parado por más de 1 hora
Sección 3 – elevación	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide estar parado por más de ½ hora
<input type="checkbox"/> o Puedo levantar pesas sin dolor extra.	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide estar parado por más de 10 minutos
<input type="checkbox"/> o Puedo levantar pesas pero me da dolor extra.	<input type="checkbox"/> o Evita el dolor de pie en todo
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide de levantamiento de pesas del suelo, pero puedo manejar pesos medianos si se colocan convenientemente la luz	Sección 7 – dormir
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide de levantamiento de pesas, pero me las arreglaré luz medianas pesos si se colocan convenientemente	<input type="checkbox"/> o Dolor no impide que me de dormir bien
<input type="checkbox"/> o Puedo levantar pesas sólo muy ligeras	<input type="checkbox"/> o Puedo dormir bien sólo mediante el uso de tabletas
<input type="checkbox"/> o No puedo levantar ni llevar nada en absoluto.	<input type="checkbox"/> o Incluso cuando tomo pastillas que tengo menos de 6 horas de sueño
Sección 4 – caminando	<input type="checkbox"/> o Incluso cuando tomo pastillas que tengo menos de 4 horas de sueño
<input type="checkbox"/> o Dolor no me impide caminar cualquier distancia.	<input type="checkbox"/> o , Incluso cuando le cuento las tabletas tengo menos de dos horas de sueño
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide caminar más de 1 km.	<input type="checkbox"/> o Dolor me impide dormir en absoluto
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide caminar más de ½ milla.	Sección 8 – vida sexual
<input type="checkbox"/> o Dolor me impide caminar más de ¼ de milla.	<input type="checkbox"/> o Mi vida sexual es normal y no causa ningún dolor extra

Sección 8 – vida sexual continuo	Sección 12 – dolores de cabeza continuo
o Mi vida sexual es normal por causa dolor extra	o Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia
o Mi vida sexual es casi normal, pero es muy doloroso	o Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia
o Mi vida sexual está severamente restringido por el dolor	o Tengo fuertes dolores de cabeza que vienen con frecuencia
o Mi vida sexual está casi ausente debido a dolor	o Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo
o Dolor previene cualquier vida sexual en absoluto	Sección 13 – concentración
Sección 9 – vida Social	o Puedo concentrarme completamente cuando quiero sin dificultad
o Mi vida social es normal y me no da dolor extra	o Puedo concentrarme completamente cuando quiero con leve dificultad
o Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor	o Tengo justo grado o dificultad en la concentración cuando quiero
o Dolor no tiene ningún efecto significativo en mi vida social además de limitar mis intereses más enérgicos (es decir, bailando, etc.).	o Tengo mucha dificultad en la concentración cuando quiero
o Dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo	o Tengo una gran dificultad en la concentración cuando quiero
o Dolor ha limitado mi vida social a mi casa	Sección 14 - trabajo
o No tengo ninguna vida social a causa del dolor	o Puedo hacer tanto trabajo como yo quiero
Sección 10 – viajando	o Sólo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
o Puedo viajar a ningún lado sin dolor extra	o Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más
o Puedo viajar a ninguna parte, pero me da dolor extra	o No puedo hacer mi trabajo habitual
o El dolor es malo pero gestionar viajes durante 2 horas	o No puedo hacer ningún trabajo en absoluto
o Dolor restringe a viajes de menos de 1 hora	o No puedo hacer mi trabajo en todo
o Dolor restringe para cortos viajes necesarios menos de 30 minutos	Sección 15 – recreación
o Dolor restringe de viajar salvo que el médico u hospital	o Soy capaz de participar en todas las actividades recreativas sin dolor en absoluto
Sección 11 – lectura	o Soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas con dolor
o Puedo leer tanto como quiero sin dolor	o Soy capaz de participar en actividades de la mayoría pero no todos rec debido al dolor
o Puedo leer tanto como te quiero con dolor leve	o Soy capaz de participar en algunas de mis actividades recreativas debido al dolor
o Puedo leer tanto como te quiero con dolor moderado	o Apenas puedo hacer cualquier actividades recreativas a causa del dolor
o No puedo leer tanto como quiero a causa de un dolor moderado	o No puedo hacer ninguna actividad recreativa en absoluto
o No puedo leer en absoluto debido a dolor severo.	
o No puedo leer nada	
Sección 12 – dolores de cabeza	
o No tengo en absoluto sin dolores	
o Tengo leves dolores de cabeza que vienen con poca frecuencia	Firma del paciente



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC

10915 SE Stark St, Portland, OR 97216

Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES 12 PREGUNTAS
(Exámenes)

- ¿1. Su médico nunca te contó que tiene problemas cardíacos o pulmonares? SÍ NO
2. ¿Alguna vez tuviste alguna relacionados con problemas del corazón? SÍ NO
3. ¿Con frecuencia te sientes alguno relacionados con problemas del corazón? SÍ NO
4. ¿A menudo mareo o tiene episodios de mareos severos? SÍ NO
- ¿5. Su médico alguna vez te ha dicho que tiene presión arterial alta, o ha tenido presión arterial alta en el pasado, o están actualmente tomando algún medicamento para la presión arterial? SÍ NO
6. ¿Es usted consciente de cualquier hueso, vuelta o problemas en las articulaciones que pueden ser, o podrían ser agravadas por ejercen? (por ejemplo artritis, cirugía) SÍ NO
7. ¿Alguna vez tuvo un episodio de ejercicio inducidas por el asma, es decir, severo sibilancias, tos o dificultad respiratoria severa provocada por el ejercicio, o falta de aliento en reposo o con poco esfuerzo. SÍ NO
8. ¿Tienes alguna vez episodios de dificultosa o dificultad respiratoria durante la noche? SÍ NO
- ¿9. Le nunca han dicho su médico que usted tiene diabetes? SÍ NO
10. ¿Has olvidado la edad de 65 años y no participan en ningún ejercicio regular? SÍ NO
11. ¿Existe una buena razón no mencionada aquí ¿por qué usted no debería participar en ejercicio o rehabilitación incluso si querías? SÍ NO
12. ¿Estás embarazada? SÍ NO
- ¿Comentarios adicionales?
-
-

Cualquier respuesta "Sí" con respecto a problemas cardiovasculares, pulmonares o metabólicos no puede participar en cualquier prueba de aptitud o programa de ejercicios hasta un formulario de autorización médica completa y firmada por un médico.

Formulario de autorización médica

△ certifica que, a lo mejor de mi conocimiento, esta persona examinada no tiene ninguna contraindicación para participar en un programa de rehabilitación o adecuación guiado.

△ Yo te recomiendo las siguientes limitaciones o precauciones:

Firma del médico

fecha



Nombre: _____ Fecha: _____

Referido por: _____ Médico: _____

¿Ha sido tratado por un quiropráctico antes? S/N

Las siguientes preguntas ayudarán al médico evaluar sus necesidades. Por favor, complete los dos Lados y ser lo más precisa posible. Toda la información es confidencial

Edad: _____ Sexo: Masculino/femenino Altura: _____ Peso: _____

Si no se lesiona, aproximadamente Cuándo ¿comenzó el dolor?

Ha sido tratadas por este mismo problema antes: Sí No

¿En caso afirmativo, quién tratado? _____ Cuando: _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____ Teléfono: _____

Por favor describa cómo empezaron sus síntomas: _____

PRINCIPALES QUEJAS:

- Dolores de cabeza Mareo Desorientación Rigidez
- Dolor de cuello Lumbalgia Dolor de espalda medio Espalda superior
- Músculos doloridos Manos/pies fríos Otros: _____
- Entumecimiento Hormigueo (en tu: **las manos o los pies**)

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿Toma algún medicamento sobre una base regular? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor enumere con dosificación: _____

¿Ha tenido cirugía? SÍ No En caso afirmativo, por favor describa con fechas: _____

¿Tiene alguna discapacidad permanente? S/N

¿Tienes cualquier impedimentos físicos que le impidan trabajar o hacer las cosas que disfrutas? S/N

Por favor explique: _____

¿Usted nunca ha admitido en el hospital? S/N si sí, ¿por qué y Cuándo? _____

¿Has necesitado tratamiento en una sala de emergencias y no ha admitido? S/N, en caso afirmativo, qué era su condición. _____

¿Ha tenido alguna lesión que requirió el tratamiento de un profesional médico? S/N

Por favor explique: _____

¿Has alguna vez perdió el conocimiento? S/N ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Este fue el resultado de una lesión? S/N Por favor explique: _____

¿Tiene rayos x en los últimos 2 años? ¿S/N dónde? ____ ¿Qué parte del cuerpo? _____



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
 10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
 Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Si sientes que el doctor puede necesitar estar al tanto de cualquier otra cosa por favor explique: ____

SÍRVASE INDICAR SI USTED TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

- Dolores de cabeza ○ Dolor de mano ○ Debilidad ○ Pérdida del sueño
- Dolor de cuello ○ Dolor de pierna ○ Desmayos ○ Pérdida del apetito
- Dolor en el pecho ○ Sudores fríos ○ Dolor de oídos ○ Afección cardíaca

¿ES USTED CAPAZ DE REALICE LO SIGUIENTE DESPUÉS DE SU DOLOR
COMENZARON? INDICADO por uso:
N – L normal – limitada, D – difícil, P – doloroso, U – no se puede realizar

- | | | |
|--|--|---|
| <p>____ Tos</p> <p>____ Estornudo</p> <p>____ Empujando</p> <p>____ Equilibrio</p> <p>____ Llegando a</p> <p>____ Otros:</p> | <p>____ Inclinandose hacia adelante</p> <p>____ De pie</p> <p>____ De rodillas</p> <p>____ Tirando</p> <p>____ Caminar</p> | <p>____ Vuelta (en cama)</p> <p>____ En estómago</p> <p>____ Acostado de espalda</p> <p>____ Actividad sexual</p> <p>____ Vestir a ti mismo</p> |
|--|--|---|
-



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Lien médica irrevocable y cesión del derecho a la recuperación

En consideración y a cambio de no tener que pagar inmediatamente una deuda y en consideración para recibir atención futura o por Gateway medicina del deporte y rehabilitación, PC (en lo sucesivo "Clínica"), por la presente yo, el abajo firmante, asignar y transmitir a la clínica un interés legal y equitativo por cualquier causa de acción o derechos de recuperación quizá deba presentarse fuera de ciertos accidentes o lesiones producen acontecimiento que ocurrió en o sobre el día ___ de ___, 20___, en la medida de los costos y el tratamiento o que me sea proporcionado por la clínica.

Por la presente autorizo y mis abogados provisionalmente a pagar directamente a la clínica de tales sumas como puede ser debida y debido a la clínica para el tratamiento y otros servicios profesionales me prestados por causa de este accidente y por causa de cualquier otras cuentas que son debidos a la clínica contra toda procede de cualquier y todas las causas de acción directa, asentamientos, juicios o sentencias que pueden pagarse a o a través de mi abogado o yo mismo, como consecuencia de las lesiones o condiciones para las cuales he sido tratado por la clínica.

Comprendo plenamente que soy directa y plenamente responsables de la clínica todos los gastos incurridos por servicios me prestados y que este acuerdo se hace únicamente para protección adicional de la clínica y en consideración a la espera de la clínica para el pago. Además, entiendo que el pago por los servicios prestados por la clínica no es contingente en cualquier establecimiento, juicio o sentencia por la que finalmente me recuperaré. Soy responsable de mis facturas, independientemente del resultado de cualquier reclamación legal o caso.

Entiendo perfectamente que si mis abogados / no protege los intereses de la clínica la clínica puede requerir que haga los pagos sobre la base actual. La clínica también puede traer una causa de acción contra mis abogados por no honrar este acuerdo vinculante e irrevocable entre mí y la clínica.

Además entiendo y acepto que la clínica no es responsable del pago de honorarios de mi abogado y la clínica no se compromete a pagar a mis abogados cualquier abogado honorarios para honrar a este acuerdo entre la clínica y yo.

"HE LEÍDO Y ENTIENDO PLENAMENTE ESTE DOCUMENTO, Y ESTOY FIRMANDO ESTE DOCUMENTO VOLUNTARIAMENTE. DIRIJO MI ABOGADO (S) PARA PROTEGER INTERESES DE LA CLÍNICA EN EL TIEMPO DE ASENTAMIENTO, Y ESTOY ASIGNANDO Y TRANSMITIR CIERTOS DERECHOS LEGALES SOBRE A LA CLÍNICA. TAMBIÉN sé que puedo no esta AGREEMTN de revocar en cualquier momento sin WRITEN previa autorización de la clínica. ENTIENDO QUE, ENTRE OTRAS COSAS, ESTO ES UN CONTRATO VINCULANTE Y EXIGIBLE, ASIGNACIÓN Y LIEN.'

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha



Gateway Sports Medicine & Rehabilitation PC
10915 SE Stark St, Portland, OR 97216
Phone: 503-261-1120 Fax: 503-261-8936

Nuevo paciente consentimiento para el uso y la divulgación de información médica para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud

Yo, _____, entiendo que como parte de mi atención médica, medicina del deporte Gateway y rehabilitación PC, origina y mantiene el papel y los registros electrónicos que describe mi historial médico, los síntomas, los resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y planes para el futuro cuidado o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi atención y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que en realidad se prestaron servicios facturados, y
- Una herramienta para operaciones rutinarias de salud tales como la evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales sanitarios

Entiendo y han sido proporcionados con un *Aviso de prácticas de información* que proporciona una descripción más completa de información usos y divulgaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho de oponerse al uso de mi información médica para propósitos de directorio, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información médica puede ser usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que Gateway medicina del deporte y rehabilitación PC, no está obligado a aceptar la restricción solicitada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya ha actuar en dependencia al respecto. También entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como permitido por la sección 164.506 del código de regulaciones federales.

Además, entiendo que Gateway medicina del deporte y rehabilitación PC, se reserva el derecho de cambiar su aviso y práctica y antes de su implementación, de conformidad con la sección 164.520 del código de regulaciones federales. Debe Gateway deportes medicina y rehabilitación PC, cambiar su aviso, enviarán a la dirección que he proporcionado una copia de cualquier aviso modificado (si U.S. correo o, si estoy de acuerdo, por correo electrónico).

Me gustaría tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información médica:

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a tal revelación para estos usos, incluyendo declaraciones vía fax permitidos.

Comprender y aceptar los términos de esta autorización.

Nombre impreso de la paciente

firma del paciente

fecha

(Nombre en imprenta de paciente representante o tutor)

AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD PARA

Gateway Sports Medicine and Rehabilitation PC



10915 SE Stark St,
Portland, OR 97216
Teléfono: 503-261-1120
Fax: 503-261-8936

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER USADA Y DISCLOSED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Introducción

En medicina deportiva Gateway y rehabilitación clínica PC, estamos comprometidos a tratar y utilizar información protegida de salud acerca de usted de manera responsable. Este aviso de prácticas de información de salud describe la información personal que recogemos, y cómo y cuándo usar o divulgar esa información. Esta información médica protegida según lo definido por las regulaciones federales.

Entendiendo su información de salud

Cada vez que visite Gateway medicina del deporte y rehabilitación PC, un registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para la futura atención o tratamiento. Esta información; registro a menudo se refiere como su salud o médico, sirve como a:

- Base de la planificación de su cuidado y tratamiento,
- Medios de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado;
- Documento legal que describe el cuidado que usted recibió,
- Medio por el cual usted o un tercero pagador puede verificar que en realidad se prestaron servicios facturados,
- Una herramienta para educar a profesionales de la salud
- Una fuente de datos para la investigación médica,
- Una fuente de información de funcionarios de salud pública encargado de mejorar la salud de este estado y la nación,
- Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing,
- Una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que brindamos y logramos los resultados,

Entender lo que está en su registro y cómo se utiliza su información de salud ayuda a: garantizar su exactitud, entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud y tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros

Derechos de su información de salud

Aunque su expediente médico es la propiedad física de medicina deportiva de Gateway y rehabilitación PC, la información le pertenece. Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia en papel de este aviso de prácticas de información a petición,
- Inspeccionar y copiar su expediente médico como previsto en 45 CFR 164.524,
- Modificar su expediente médico como previsto en 45 CFR 164.528,
- Obtener un informe de divulgaciones de su información médica como previsto en 45 CFR 164.528,
- Pedir comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos,
- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información como previsto en 45 CFR 164.522, y
- Revocar su autorización para usar o divulgar su información médica excepto en la medida en que ya se han tomado medidas.

Nuestras responsabilidades

Gateway medicina del deporte y rehabilitación PC es necesaria para:

- Mantener la privacidad de su información médica,
- Proporcionarle esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y conservamos sobre usted,
- Acatar los términos de este aviso,
- Notificarle si somos incapaces de aceptar una restricción solicitada, y
- Acomodar las solicitudes razonables que tenga que comunicar información médica por medios alternativos o en lugares alternativos.

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas y de establecer las nuevas disposiciones efectivas para todos protegidos información médica que mantenemos. Deberían cambiar nuestras prácticas de información, enviaremos un aviso revisado a la dirección nos has suministrado, o si estás de acuerdo, le enviaremos el aviso revisado para ti.

No utilizar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en esta notificación. También interrumpirá para usar o divulgar su información médica después de que hemos recibido una revocación de la autorización de conformidad con los procedimientos incluidos en la autorización escrita.

Para más información o para reportar un problema

Si usted tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con Privacy Officer de la práctica, Tami Gorman en el 503-261-1120.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con la oficina de privacidad de la práctica o con la oficina de derechos civiles, Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos. No habrá ninguna represalia para llenar una queja con la oficina de privacidad o con la oficina de derechos civiles. La dirección para el OCR se enumera a continuación:

Oficina de derechos civiles

Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos
200 Independencia Avenue, SW
Sala 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de salud

Utilizaremos su información médica para tratamiento.

Por ejemplo: Información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención médica serán registrados en su expediente y utilizada para determinar el curso del tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico documentará en su expediente su o sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica entonces registrarán las acciones que se llevaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento.

También proporcionaremos a su médico o un proveedor de atención médica posterior con copias de varios reportes que deberían ayudar a él o ella a tratarle una vez quedas despedido del hospital.

Utilizaremos su información de salud para el pago

Por ejemplo: A bill puede enviarse a usted o a un tercero pagador. La información sobre o acompañando la factura puede incluir información que identifica a usted, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Utilizaremos su información médica para operaciones de salud regulares.

Por ejemplo: Equipo de miembros del personal médico, riesgo o gerente de mejora de calidad, o miembros de la

mejora de la calidad puede usar información en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros como él. Esta información se utilizará en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad de y efectividad de la atención médica y el servicio que ofrecemos.

Socios: Hay algunos servicios prestados en nuestra organización a través de contactos con socios de negocios. Ejemplos incluyen servicios médicos en el servicio de urgencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copia que utilizamos al realizar copias de su expediente médico. Cuando estos servicios son contratados, podemos divulgar su información médica a nuestro socio de negocios que pueden realizar el trabajo que hemos pedido hacer a la cuenta usted o su tercero pagador por los servicios prestados. Para proteger su información de salud, sin embargo, requerimos el negocio asociado a adecuadamente para proteger su información.

Directorio: a menos que usted nos notifique objeto, utilizaremos su nombre, ubicación en el centro, estado general y afiliación religiosa para los propósitos de directorio. Esta información puede ser proporcionada a los miembros del clero y, a excepción de la afiliación religiosa, a otras personas que te piden por su nombre.

Notificación: Podemos utilizar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a cualquier representante personal de miembro de la familia o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación y condición general.

Comunicación con la familia : Profesionales de la salud, usando su mejor juicio, pueden revelar a miembro de la familia, otro pariente, cercano amigo personal o cualquier otra persona que identifique, información médica relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su atención. **Research:** Podemos divulgar información a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha examinado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica.

Director de la funeraria: Podemos divulgar información de salud a directores de funerarias consistentes con las leyes aplicables para llevar a cabo sus deberes.

Organizaciones de adquisición de órganos: En concordancia con las leyes aplicables, podemos divulgar información médica a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades

dedicadas a la contratación, bancarios o trasplantes de órganos con fines de trasplante y donación de tejidos.

Marketing: Podremos contactarlo para proporcionar recordatorios de la cita o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.

Recaudación: Podremos contactarlo como parte del esfuerzo de recaudación de fondos.

Food and Drug Administration (FDA): Podemos divulgar la información de salud por la FDA en relación con los eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos en el producto, o puesto de vigilancia información para activar producto de marketing, recuerda, reparaciones o reemplazo de.

Compensación: Podemos divulgar información de salud en la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Salud pública: Requerimiento por ley, podemos divulgar su información médica para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.

Law enforcement: Podemos divulgar información médica para fines de cumplimiento de la ley como requerido por ley o en respuesta a una citación válida.

Ley Federal prevé su información médica a una agencia de supervisión de salud apropiados, autoridad de salud pública o fiscal, siempre que un miembro de la fuerza de trabajo o negocio asociado cree de buena fe que han participado en conducta ilegal o de lo contrario han violado las normas profesionales o clínicas y potencialmente ponen en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o el público.