

**Centro de servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios  
de George Washington University Hospital (GWUH)**

2131 K St. NW, Washington, DC 20037 | Tel. (202) 715-5655 Fax (202) 715-5664

**¡Bienvenido a nuestro consultorio!**

**Qué debe saber**

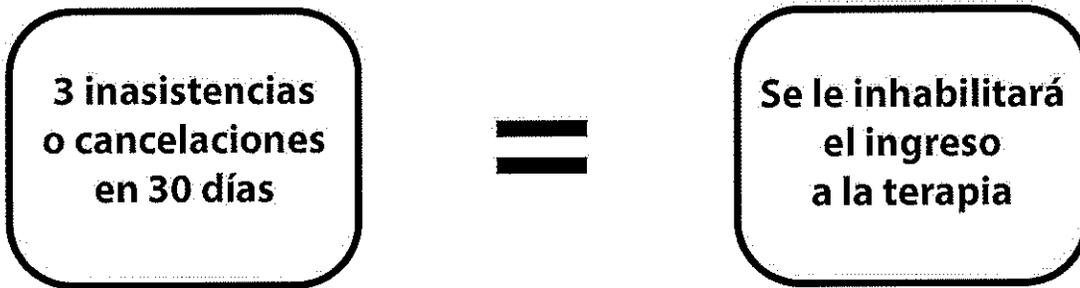
- Puede llamar en cualquier momento al 202-715-5655 y presionar la opción 2 para pedir, cambiar o cancelar una cita.
- Las citas generalmente son de 30 a 60 minutos.
- Usted **necesitará una receta emitida** por su doctor a efectos de aseguramiento.
- Si pasaron más de 30 días desde la última consulta, es posible que necesite una nueva receta. ¡Consulte con su terapeuta!

**¡La asistencia es muy importante para su progreso!**

## Política de asistencia

- Si tiene que cancelar la cita, llame al 202-715-5665, opción 2, con más de 24 horas de anticipación.
- Para cancelar utilizando sus recordatorios automáticos, cancele el mismo día en que reciba el recordatorio.
- Si se retrasa más de 15 minutos, es posible que no podamos atenderlo, y esto contaría como una inasistencia.

**Consideramos que un aviso con menos de 24 horas de antelación significa que no va a asistir, y nuestra política funciona de la siguiente manera:**



**Seguro**

- Es responsabilidad de usted conocer la cobertura de su seguro y su obligación financiera. La mejor forma de hacerlo es comunicarse con su compañía de seguro directamente.
- Si tiene alguna pregunta acerca de una factura, comuníquese con nuestro departamento de facturación al 202-715-4905.

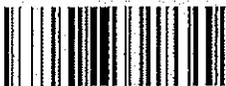
**Al firmar este documento, yo confirmo que he comprendido estas políticas. Gracias.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**THE GEORGE WASHINGTON  
UNIVERSITY HOSPITAL**

**Asistencia e información de  
rehabilitación de paciente ambulatorio  
Hoja con la firma del paciente**



CO4000

76-256 (4/20)

Etiqueta del paciente

DOB:  
MRN:

SX:

## Autorización de Tratamiento

Como la persona que recibirá servicios en \_\_\_\_\_ (el "Hospital"), o el padre/la madre/el tutor de la persona mencionada a continuación como paciente, acepto los siguientes términos y condiciones de estas Condiciones de admisión/inscripción – Acuerdo de autorización para el tratamiento y responsabilidad financiera (el "Acuerdo"). Según corresponda, acepto también que los términos y las condiciones de este Acuerdo se aplican a todo bebé recién nacido que yo dé a luz durante mi estancia como paciente en el "Hospital".

### Aceptar Los Procedimientos del Hospital

- Yo acepto los procedimientos médicos y quirúrgicos que se podrían realizar durante es hospitalización o servicios ambulatorios, incluyendo tratamiento de emergencias o servicios para el paciente. Estos servicios podrían estar incluidos, pero no están limitados a pruebas de laboratorio, rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia y los servicios del hospital que se me proporcionen bajo las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano que me atiende.
- A través de este medio, yo autorizo el "Hospital" que mi médico de cabecera se reconozca como gerente de mi tratamiento médico o quirúrgico y doy consentimiento y autorizo a mi médico de cabecera, y/o su designado, que administre el tratamiento (de medicina, cirugía, anestesia, obstetricia y/o de cualquier otro procedimiento terapéutico o diagnóstico) que el/ella/ellos puedan dictar como recomendable para mi bienestar. Yo entiendo que el "Hospital" les proporcionará mi información médica y de seguro a mis proveedores de tratamiento principales y/o a otros proveedores de salud referidos con el propósito de continuar mi tratamiento médico.
- Yo entiendo que el "Hospital" puede estar afiliado con diversos programas educativos sobre el cuidado de la salud. Estos programas pueden ser incluidos pero no limitados a: Enfermeros, Médicos, Paramédicos, Técnico en Cirugía, y Medicina Física. Yo acepto que los estudiantes participen en mi tratamiento bajo la supervisión de su instructor(es) y entiendo que debo expresar toda oposición en la participación de ellos, ante un representante administrativo como enfermero a cargo, director de enfermeros, director de turnos, director de departamentos, director administrativo, etc.
- La naturaleza de la operación/tratamiento se me ha sido explicada. Estoy consciente que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta. **Ninguna** garantía o promesa se me ha hecho en relación al la cura como resultado del tratamiento.
- Yo autorizo el "Hospital" para retener, preservar, y para usar con propósitos científicos y de enseñanza y debidamente desechados, cualquier espécimen o tejido removido de mi cuerpo durante esta hospitalización o servicios ambulatorios.
- Yo entiendo que se podrán tomar fotografías de mi condición médica/cirugía o tratamiento. Yo entiendo que las fotografías podrían ser usadas para propósitos de mi diagnóstico, tratamiento, o para programas de entrenamiento educacional impartidos por el "Hospital". Estas fotografías serán parte de la documentación de mi expediente médico.

### Acuerdo Especial para la Prueba de HIV y otros Agentes Infecciosos en la Sangre

Yo entiendo que esta forma de acuerdo cubre pruebas de sangre de enfermedades infecciosas, incluyendo pero no limitados a hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y virus de humano inmunodeficiencia (HIV). Un médico puede ordenar tales exámenes para propósitos de diagnóstico para determinar el tratamiento apropiado y/o el procedimiento de mi tratamiento o para proteger al médico, y/o cualquier empleado o agente del hospital expuesto a los fluidos de mi cuerpo de manera en la cual se podría transmitir tal enfermedad.

### Treatment Authorization

Patient Identification



CO0058

UHS-9011S(SMS)  
Rev. 04//2019

DOB:  
MRN:

SX:

## Autorización de Tratamiento

### Los Medicos No Son Empleados del Hospital

Yo reconozco y estoy de acuerdo que el "Hospital" no es responsable por el criterio o conducta de cualquier medico que me atienda o me provea sus servicios profesionales, de lo contrario, cada medico es un trabajador independiente, quien no es el agente, servidor, o empleado del hospital. El hospital o agencia afiliada no son responsables por ningunacto o omission hecho por cualquier medico o en el seguimiento a las ordenes del medico.

### Efectos Personales

Entiendo que el Hospital cuenta con una caja de seguridad para dinero y otros objetos de valor, y que no asumirá responsabilidad alguna por la pérdida de mis efectos personales, salvo que se hubieran entregado al Hospital para su custodia. Entiendo que soy responsable de todos mis efectos personales que no hayan sido depositados en la caja de seguridad, lo cual incluye, a modo de ejemplo, artículos de higiene personal, joyas, ropa, documentos, medicamentos, anteojos, audifonos, dentaduras y otras prótesis.

### Firmas – Favor de leer antes de firmar

Esto es para certificar que yo, el que firma abajo, siendo el paciente, u otra persona legalmente autorizada para actuar por el paciente, he leído cuidadosamente y completamente entendido esta autorizacion de tratamiento y estoy completamente autorizado para llevar a cabo lo anterior y aceptar estos terminos.

La persona que firma abajo acepta haber leído y recibido copia de este documento. Una copia de esta autorizacion debera ser tan valida como la original.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Segundo Testigo por Acuerdo Verbal



CO0058

**Treatment  
Authorization**

UHS-9011S(SMS)  
Rev. 04//2019

Patient Identification

DOB:  
MRN:

SX:

## Asignación de Beneficios y Responsabilidad Financiera

Como la persona que recibirá servicios en \_\_\_\_\_ (el "Hospital"), o el padre/la madre/el tutor de la persona mencionada a continuación como paciente, acepto los siguientes términos y condiciones de estas Condiciones de admisión/inscripción – Acuerdo de autorización para el tratamiento y responsabilidad financiera (el "Acuerdo"). Según corresponda, acepto también que los términos y las condiciones de este Acuerdo se aplican a todo bebé recién nacido que yo dé a luz durante mi estancia como paciente en el Hospital.

### Asignación Irrevocable de Beneficios y Derecho a Entablar Acciones Legales

Por contraprestación legítima y de valor, otorgo las siguientes asignaciones irrevocables a el "Hospital":

- **Asignación de los Beneficios del Seguro de Salud:** Cedo irrevocablemente al "Hospital" todos los beneficios por los servicios prestados por el hospital, que sean pagaderos por una compañía de seguro médico, un plan de salud, un programa de compensación del trabajador, un plan de ERISA [Employee Retirement Income Security Act (Ley de Seguridad de Ingresos de Empleados Jubilados)] o cualquier otra entidad responsable del pago del total de la factura del hospital adeudada por el paciente. Esta asignación cubre el monto total de las facturas que el paciente adeuda al hospital, con el correspondiente interés permitido por ley. Autorizo a dicha entidad y le ordeno expresamente pagar los beneficios directamente al "Hospital". Además, autorizo a dicha entidad a asignar y pagar directamente todos los beneficios del seguro que se adeuden a los grupos de médicos que prestan sus servicios en el hospital, tales como servicios de Patología, Radiología, Anestesiología, Cardiología y de Atención de Emergencia.
- **Asignación de la Suma Recibida por Lesión Personal:** Cedo irrevocablemente al "Hospital" todos los beneficios por los servicios que este proporciona al paciente pagaderos bajo cláusulas de protección contra lesiones personales, cobertura de gastos médicos, pacientes sin seguro o con seguro insuficiente y/o responsabilidad de cualquier póliza de seguro por las que el paciente tenga derecho a percibir beneficios como consecuencia de un incidente en el que resulte herido y requiera tratamiento. Acepto que esta asignación cubre el monto total de las facturas que el paciente adeuda al hospital, con el correspondiente interés permitido por ley. Autorizo a la compañía aseguradora y le ordeno expresamente pagar los beneficios directamente al "Hospital". Además, autorizo a dicha entidad a asignar y pagar directamente todos los beneficios del seguro que se adeuden a los grupos de médicos que prestan sus servicios en el hospital, tales como servicios de patología, radiología, anestesiología, cardiología y de atención de emergencia.
- **Asignación de Reclamaciones y Derecho a Entablar Acciones Legales:** Cedo irrevocablemente al "Hospital" todo derecho, título e interés del paciente para realizar cualquier reclamación que el paciente pueda presentar contra cualquier tercero responsable de las lesiones del paciente, compañía de seguro médico, plan de salud, programa de compensación del trabajador, plan de ERISA o cualquier otra entidad responsable del pago de la factura del hospital adeudada por el paciente. Acepto que esta asignación permitiera al "Hospital" buscar soluciones legales y no legales contra cualesquiera personas y/o entidades, incluso entablar una acción judicial en calidad de cesionario del paciente. Acuerdo que, si es necesario contratar asesores legales para hacer cumplir las cláusulas de la presente cesión, el "Hospital" tiene derecho a recuperar lo invertido en honorarios de abogados y acción judicial según lo permitido por ley. Comprendo que, conforme a las condiciones estipuladas en los planes de salud aplicables, todas las personas que firman este documento pueden ser financieramente responsables por los cargos no cubiertos por esta cesión de beneficios de seguro.

### Divulgación de la Información con Fines de Facturación del Seguro

Para obtener el pago por los servicios, autorizo el "Hospital" a divulgar toda la información de facturación contenida en el expediente del paciente relacionada con el ingreso del paciente o las consultas



CO0058

UHS-9012S(SMS)  
Rev. 04/2019

Patient Identification

DOB:  
MRN:

SX:

## Asignación de Beneficios y Responsabilidad Financiera

ambulatorias a una compañía de seguro médico, un plan de salud, un programa de compensación del trabajador, un plan de ERISA o cualquier otra entidad responsable por el pago de la factura del hospital adeudada por el paciente. Los registros de la factura médica pueden incluir, a título enumerativo, registros sobre exámenes toxicológicos, resultados de pruebas de hepatitis, tratamiento psiquiátrico o psicológico, alcoholismo y drogadicción, niveles de alcohol en sangre, resultados de análisis de VIH, tratamiento del SIDA, otros registros relacionados con el diagnóstico y tratamiento del paciente y demás información médica protegida. Comprendo que existe la posibilidad de que la información que se divulgue en relación con esta autorización sea revelada nuevamente por el destinatario y ya no este protegida. Esta autorización esta sujeta a revocación por escrito en cualquier momento, siempre y cuando la persona o entidad previamente autorizada a divulgar la información no haya entablado ninguna acción legal. Si no fue revocada antes, esta autorización caducará en el plazo de un año a partir de la fecha de firma del paciente.

### Facturación Independiente de los Médicos

Algunos médicos son empleados del hospital, otros son contratistas independientes; es decir, no son agentes ni empleados del hospital. Comprendo que cada grupo de profesionales o profesional individual que ofrece servicios profesionales al paciente, por ejemplo, los radiólogos, patólogos, médicos de emergencias, anesthesiólogos y cardiólogos, entre otros, pueden facturar y cobrarme por sus servicios en forma independiente de la factura y del cobro que realice el hospital. Acuerdo pagar cualquier servicio médico que se realice en nombre del paciente y que se le facture al paciente, a menos que el médico haya celebrado un acuerdo con la compañía de seguros del paciente para aceptar el pago completo o salvo que la ley estipule lo contrario. Esta facturación por servicios profesionales esta sujeta a las autorizaciones que otorgo en el presente acuerdo de consentimiento.

### Acuerdo Financiero

Comprendo que los cálculos de los gastos que me fueron presentados son costos aproximados y no están garantizados. Tengo derecho a solicitar un informe detallado y una explicación de la factura. Comprendo que yo, como paciente o persona responsable, estoy obligado a pagar la cuenta del hospital, proveedor o médico de acuerdo con las tarifas y condiciones normales del hospital, proveedor o médico por los servicios de atención médica que se le proporcionen al paciente dentro de los 30 días de haber recibido el servicio o, si tiene seguro, dentro de los 30 días del pago o rechazo de los beneficios del seguro. En el caso en que mi cuenta sea enviada a una agencia de cobro o a un abogado por falta de pago, pagaré los honorarios de los abogados y los gastos del cobro propiamente dichos. Todas las cuentas pendientes devengarán interés a la tasa máxima permitida por la ley. Si se recibe el pago de más de una fuente, y consecuentemente se produjera un pago en exceso por este o cualquier otro período de hospitalización, autorizo la transferencia del sobrante a cualquier factura impaga del hospital por la que el paciente fuera legalmente responsable. Declaro que la información que he proporcionado es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Comprendo que la información que presento esta sujeta a verificación, incluida la calificación de las agencias crediticias, y a análisis por parte de organismos federales y/o estatales y otras entidades según fuera necesario. Autorizo a mi empleador a proporcionar al "Hospital" prueba de mis ingresos. Comprendo que si la información que he proporcionado no es verdadera, el "Hospital" evaluará nuevamente mi situación financiera y tomara cualquier medida que resulte pertinente y/o necesaria.

### Autorización para Recibir Mensajes o Llamadas Automáticas

Autorizo al "Hospital" y sus agentes y/o terceros que llamen en nombre del Hospital (lo que incluye, de forma no limitativa, agentes de cobranzas y terceros que se comuniquen en relación con su estancia hospitalaria, programas del gobierno o de atención de beneficencia) a ponerse en contacto conmigo por teléfono llamando al número o números de teléfono que suministré durante el proceso de registro, o a



CO0058

### Assignment of Benefits

UHS-9012S(SMS)  
Rev. 04/2019

#### Patient Identification

DOB:  
MRN:

SX:

## Asignación de Beneficios y Responsabilidad Financiera

hacerlo en cualquier momento en el futuro, lo que incluye números de teléfonos inalámbricos u otros números que pudieran generarme cargos. El "Hospital" y sus agentes podrán dejarme mensajes en estos números y podrán enviarme mensajes de texto o de correo electrónico utilizando la(s) dirección/direcciones de correo electrónico que yo proporcioné. Estos mensajes de voz, de texto y de correo electrónico podrán incluir información exigida por ley (que incluye las leyes sobre cobro de deudas) vinculada con los montos que yo adeude al "Hospital", así como también mensajes vinculados con la continuidad de mi atención y mi tratamiento. También acepto que el "Hospital" y sus agentes o terceros que se comuniquen e nombre del "Hospital" podrán utilizar mensajes de voz artificial o pregrabados y/o un dispositivo de discado automático para enviar mensajes vinculados con mi visita hospitalaria, mi cuenta, mi calificación para participar en programas del gobierno o programas de atención de beneficencia o mensajes relativos a los montos que yo pudiera adeudar al "Hospital". Además, autorizo al "Hospital" y a sus agentes a utilizar el número o los números proporcionados para dichos mensajes pregrabados o de discado automático. Si deseo limitar estas comunicaciones a (un) número(s) telefónico(s) específico(s), entiendo que debo solicitar que solamente se use(n) (un) número(s) designado(s) para estos fines.

### **Solo para pacientes hospitalizados cubiertos por Medicare y Tricare**

He recibido una copia de un MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE (o TRICARE) sobre mis derechos como paciente de Medicare o Tricare.

### **Certificación Medicare. Autorización para Divulgar Información de Pago y Solicitud de Pago**

Certifico que toda la información que proporcione al solicitar pago en virtud del Título XVIII o XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicare) es correcta. Autorizo a toda persona o institución que posea información médica o de otro tipo sobre mi persona divulgar a la Administración de seguridad social, sus intermediarios o aseguradoras toda la información necesaria para esta reclamación de Medicare u otra reclamación relacionada. Solicito que se efectúe el pago de los beneficios autorizados en nombre del paciente.

### **Cuando se Requiere Autorización Escrita para Planes HMO y PPO**

Comprendo que en caso de que mi compañía de seguro médico solicite una autorización previa, el "Hospital", Proveedor o Médico no pueden garantizar que la consulta del paciente sea cubierta sin una autorización previa por escrito de la aseguradora. Si el "Hospital", Proveedor o Médico no pueden obtener una autorización para la consulta del paciente, será responsable por el saldo incompleto que incluya todos los cargos por los días, servicios y procedimientos originados de esta consulta que no hayan sido autorizados por mi aseguradora o plan de atención médica administrada. Comprendo que el "Hospital" no asume responsabilidad alguna por el incumplimiento de los requisitos de certificación previa y posterior de mi aseguradora que yo deba satisfacer. Acuerdo realizar correctamente todos los procedimientos de certificación previa y posterior. Comprendo que para recibir mi descuento de atención médica administrada, se deben incluir los indicadores correctos de la red o atención médica administrada en mi tarjeta de seguro o en el formulario de explicación de los beneficios de mi compañía aseguradora. Comprendo que es mi responsabilidad saber si mi plan de atención médica administrada está afiliado a este "Hospital" o Proveedor por los Servicios que se proporcionan al paciente.

### **La Atención Administrada de Medicaid Planes**

Puedo asignar cualquier y todos los seguros beneficios pagaderos a mí al "Hospital". Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados en el "Hospital", incluyendo excluidos los servicios de mi seguro porque el plan considera que esos servicios no es médicamente necesario, o por cualquier otra razón, incluyendo pre-requisitos de certificación, segundas opiniones o condiciones preexistentes.



CO0058

### Assignment of Benefits

UHS-9012S(SMS)  
Rev. 04/2019

#### Patient Identification

DOB:  
MRN:

SX:

## Asignación de Beneficios y Responsabilidad Financiera

En caso de que la cuenta sea referido a cualquier abogado o agencia de cobranza para la colección, entiendo que seré responsable de abogado o gastos de recaudación. Doy permiso a mi seguro médico(s), incluyendo Medicare y Medicaid pague directamente este "Hospital" para mi cuidado en lugar de pagar a mí. Entiendo que yo soy responsable de cualquier seguro de salud deducibles y co-seguros y servicios no cubiertos. Además yo ceder mis derechos a este "Hospital", y queda nombrar a este "Hospital" como mi representante personal, (i) enviar solicitudes para el pago de los servicios y el trato que me prestaron a pagadores, incluyendo pero no limitado a Medicare y Medicaid, y además asignar mis derechos a/para el pago de los servicios y el trato que me prestaron, y (ii) las apelaciones contra cualquier y todas las negaciones de la cobertura, sin limitación, al "Hospital".

### Cortesía en la Presentación de Reclamaciones al Seguro

Comprendo que, como cortesía, el hospital presentara las reclamaciones al seguro por los servicios hospitalarios. Renuncio a todos los derechos de entablar acción legal contra el "Hospital" y sus empleados por las omisiones al presentar las reclamaciones al seguro. Comprendo que sigo siendo responsable ante el "Hospital" por los cargos, por los servicios y elementos por los que soy legalmente responsable.

### Habitación Privada (si corresponde)

Comprendo y acepto que si solicito y se me proporciona una habitación privada, soy responsable de cualesquiera cargos adicionales relacionados con esta solicitud.

### Firmas – Lea Antes de Firmar

Las firmas en esta sección certifican que yo, el abajo firmante, en calidad de paciente, u otra persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre, he leído atentamente y comprendido en su totalidad este acuerdo financiero y estoy debidamente autorizado a realizar lo enumerado en los párrafos precedentes y acepto sus condiciones.

El abajo firmante reconoce haber recibido y leído una copia de este documento. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. La prestación de servicios por parte del Hospital no depende de su firma de este formulario de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del Segundo Testigo por Acuerdo Verbal

\_\_\_\_\_  
Domicilio de Facturación del Paciente



CO0058

### Assignment of Benefits

UHS-9012S(SMS)  
Rev. 04/2019

Patient Identification

DOB:  
MRN:

SX:

### Formulario de Registro del Paciente

Información del paciente					
Apellido (tal como aparece en su identificación oficial)		Nombre		Segundo nombre	Fecha / /
Dirección de residencia					
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono celular	Teléfono del domicilio	
Sexo en el expediente del seguro	Fecha de nacimiento / /		Médico responsable de la derivación		
Correo electrónico					
Información de contacto para emergencias					
Nombre del contacto de emergencia/Relación con el paciente			Teléfono principal	Teléfono alternativo	

Idioma principal:  Inglés  Español  Américo  Árabe  Otro: \_\_\_\_\_

Recordatorio de citas automático		
¿Cómo prefiere recibir los recordatorios de citas? (Seleccione uno)		
Llamadas telefónicas	<input type="checkbox"/>	
Mensaje de texto	<input type="checkbox"/>	(asegúrese de proporcionar su número de teléfono celular)
Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	(asegúrese de que su correo electrónico aparezca arriba)
Sin recordatorios	<input type="checkbox"/>	



THE GEORGE WASHINGTON  
UNIVERSITY HOSPITAL



EL4000

Rehabilitación  
de paciente ambulatorio  
Formulario de registro

76-258SP (6/20)

DOB:  
MRN:

SX:

## Recibo de aviso de prácticas de privacidad

Acepto haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad del hospital.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Representante autorizado del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Puesto laboral del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



THE GEORGE WASHINGTON  
UNIVERSITY **HOSPITAL**



CL0040

**Recibo de aviso de  
prácticas de privacidad**  
*Receipt of Notice of Privacy Practices*

40-100SPN (11/15)

Patient Label

## Aviso de participación de GWUH en el CRISP

El CRISP, Chesapeake Regional Information System for our Patients, Inc., es un sistema de intercambio de información de salud (Health Information Exchange, HIE) que originariamente comenzó en el estado de Maryland y que recientemente se amplió para incluir al Distrito de Columbia.

El CRISP se toma la privacidad del paciente muy seriamente y reconoce que el HIE no puede tener éxito si los pacientes no confían en que su información es segura. Proteger la información del paciente en el HIE del CRISP es una prioridad. El CRISP cumple todas las leyes estatales, del distrito y federales (por ejemplo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA)) para proteger la información del paciente.

The George Washington University Hospital ha elegido participar en el CRISP. Según lo permite la ley, su información de salud se compartirá con este sistema de intercambio para proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y para asistir a los proveedores y a los funcionarios de salud pública para tomar decisiones más informadas.

**Su firma indica que a usted se le notificó acerca de la participación de GWUH en el Intercambio de información de salud del CRISP:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante del Hospital

\_\_\_\_\_  
Fecha

- ❖ **Usted puede “excluirse” y deshabilitar todo acceso a su información de salud que se encuentre disponible a través del CRISP, llamando al 1-877-952-7477, o al completar y enviar un formulario de exclusión a CRISP por correo electrónico, fax o mediante el sitio web, ingresando a: [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org)**



THE GEORGE WASHINGTON  
UNIVERSITY **HOSPITAL**

Patient Label



CL0040

**Aviso de participación  
en el CRISP**

***CRISP Participation Notice***

90-905SP (11/15)

**Centro de servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de George Washington University (GWU)**  
**Formulario de admisión para los pacientes**

Nombre elegido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Proveedor que realiza la derivación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Pronombre: \_\_\_\_\_

Identifico mi género como (encierre con un círculo) Hombre | Mujer | Hombre transexual | Mujer transexual | Intergénero/No-binario  \_\_\_\_\_

**Antecedentes actuales**

Describe qué lo trae a fisioterapia hoy: \_\_\_\_\_

Me gustaría retomar las siguientes actividades: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_

Me realizaron las siguientes pruebas de diagnóstico: Rayos X | IRM | Exploración por tomografía computarizada | Ultrasonido | Análisis de sangre | Otro: \_\_\_\_\_

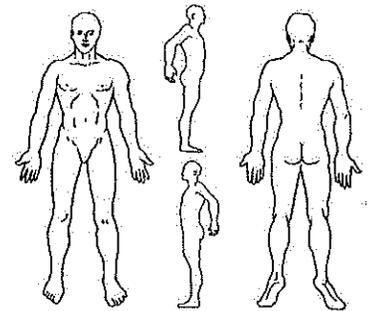
**Dolor:** Califique el grado de dolor que siente según una escala del 0 a 10 (0=sin dolor, 10 = el dolor más intenso que pueda imaginar):

En un buen día: \_\_\_\_\_ En un mal día: \_\_\_\_\_ Hoy: \_\_\_\_\_

¿En qué parte del cuerpo siente dolor (o haga una marca en el cuadro)? \_\_\_\_\_

¿Qué mejora sus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Qué empeora sus síntomas? \_\_\_\_\_



**Antecedentes médicos (marque con un círculo las opciones que correspondan)**

Diabetes | Presión arterial alta | Enfermedad cardíaca | Migrañas | Cáncer | Enfermedad renal | Epilepsia | Marcapaso | Artritis | Osteoporosis | Accidente cerebrovascular | Fibromialgia | Clostridium difficile | Estafilococo áureo resistente a la meticilina | Problemas auditivos | Embarazo | Deficiencia visual | Positivo para tuberculosis | Herpes activo | Ninguno

¿Está siendo tratado por algún otro padecimiento médico? \_\_\_\_\_

**Cirugías (marque con un círculo las opciones que correspondan)**

Intestinal/Rectal | Ginecológica | Cesárea | Abdominal | Cardiovascular | Neurológica/Cerebral | Ortopédica/articular

Otra (especifique): \_\_\_\_\_

¿Sufrió una caída el año pasado?  Sí  No      ¿Fue hospitalizado en los últimos 6 meses?  Sí  No

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** (alimento, látex, medicamento): \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales**

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_ ¿Trabaja en la actualidad? \_\_\_\_\_

Enumere sus actividades de esparcimiento (incluya ejercicios y pasatiempos): \_\_\_\_\_

¿Alguna vez sufrió abuso emocional, físico o sexual?  Sí  No

¿Es ansioso/a?  Sí  No      ¿Está deprimido/a?  Sí  No      ¿Tiene antecedentes de ansiedad o depresión?  Sí  No

¿Hay algo que quisiera decirnos y que no le hemos preguntado? \_\_\_\_\_

**¡Gracias por ayudarnos a ayudarlo!**

Firma del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_



**THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY HOSPITAL**



HP4016

**Formulario de admisión para servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios**

76-259SP (4/20)

Etiqueta del paciente

DOB:  
MRN:

SX: