



Datos Demográficos del Cliente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ M F
Número de Teléfono _____ Correo Electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

(si es menor de 18 años) Padre o Guardián

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____
Número de Teléfono _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia marque si es lo mismo que arriba

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

¿Cómo supo de nosotros?

Doctor Familia / Amigo(a) Redes Sociales Internet Otro:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo a los proveedores en Premier Physical Therapy & Associates para realizar los tratamientos y procedimientos aprobados por mi médico.

Reconozco que no se me han garantías expresas o implícitas sobre el resultado de ningún tratamiento o procedimiento. Entiendo completamente que es imposible hacer ninguna garantía con respecto al resultado de cualquier tratamiento o procedimiento médico.

Entiendo que es totalmente mi responsabilidad ser consciente de lo que cubre mi seguro privado y de lo que puedo o no ser responsable al final de mi tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier importe NO cubierto por mi contrato.

Autorizo el pago de beneficios médicos a Premier Physical Therapy & Associates por cualquier servicio que me brinde el proveedor. También autorizo a soltar a mi compañía de seguros o a sus agentes información sobre atención médica, consejo, tratamiento o suministros previstos. Esta información se usará con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios.

Firma de Paciente o Autorizado

Política de Cancelación - Por Favor Lea Cuidadosamente

Entendemos que las emergencias y otros conflictos de programación ocurren y pueden ser inevitables sin embargo el aviso anticipado puede ayudar a llenar otras necesidades de la programación de los pacientes. Debido a nuestros tratamientos de 60-minutos, las citas perdidas son un inconveniente para su terapia física, la clínica y otros pacientes.

1. Por favor proporcione a nuestra oficina un aviso de 24 horas para cambiar o cancelar una cita. 24 horas de aviso nos permite poner a otro paciente en su cita cancelada para recibir el tratamiento necesario.
2. Los pacientes que no asisten a una cita programada y no dan aviso de 24 horas para cambiar una cita programada pueden ser responsables de un cargo de visita de oficina de \$20.00. Este cargo no estará cubierto por el seguro.
3. Su plan de tratamiento ha sido establecido por su médico y su terapeuta físico para que pueda volver a sus actividades regulares lo más rápido posible. Los citas perdidas pueden retrasar ese proceso y pueden prolongar la recuperación.
4. Después de faltar tres citas sin previo aviso, no se le permitiría programar citas con antelación.

****Gracias por dar a nuestra oficina y pacientes cortesía****

La firma abajo indica que entiende y está de acuerdo con los términos de esta política.
Si se niega a firmar, no podrá programar con antelación, sólo podrá programar el mismo día que llame.

Firma de Paciente o Autorizado

Fecha

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

****¿Su lesión fue a causa de un accidente de trabajo o automóvil? SI / NO**

Si su respuesta es sí, tiene usted actualmente una demanda legal con un abogado? SI / NO ¿Se ha resuelto? SI / NO

Describa brevemente el historial de su condición actual / mecanismo de lesión:

¿Cómo describirías tus síntomas? (circule todo lo que aplique):

- Dolor Ardor Disparos Entumecimiento Hormigueo Palpitante
 Espasmos Opresión Duro Constante Intermitente
 Peor en la mañana Peor en la tarde Peor en la noche

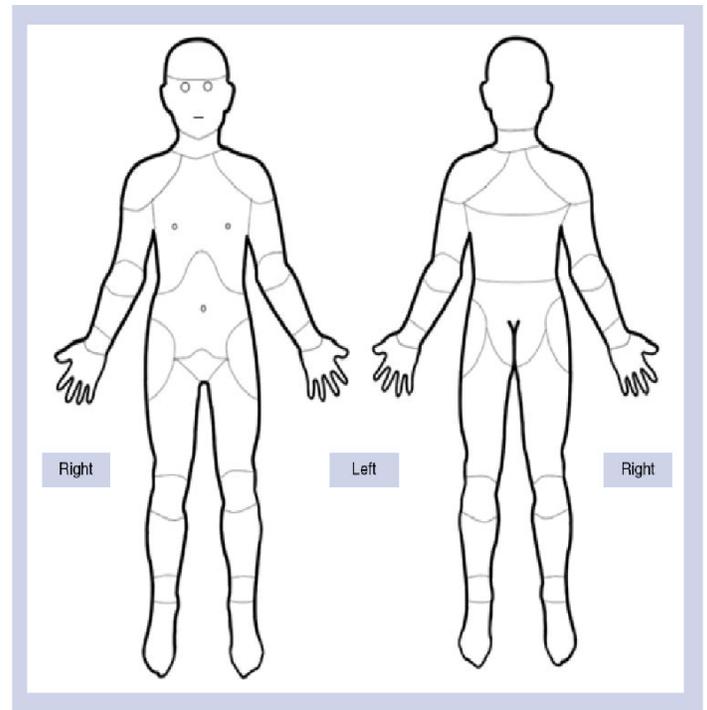
Califique la gravedad de su dolor / síntomas haciendo un círculo en el número apropiado en una escala de 0 a 10, siendo 0 sin dolor / síntomas y 10 dolor / síntomas severos.

Dolor mas fuerte: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor actual: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor mas suave: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor circular donde esta su dolor



Marque con un círculo TODAS las enfermedades o condiciones que se apliquen a usted:

| | | |
|-----------------------------|--|----------------------------|
| Alzheimer / Demencia | Osteoporosis/ Osteopenia | Presión Arterial Alta/Baja |
| Enfisema | Accidente Cerebrovascular | Enfermedad de Parkinson |
| El Lupus | Fractura o Fractura Sospechada | Depresion |
| Asma | Osteoartritis / Artritis Reumatoide | HIV/El Sida |
| Epilepsia / Convulsiones | Síndrome de Fatiga Crónica | Lesión Cerebral Traumática |
| Esclerosis Múltiple | Enfermedad del Corazón | Diabetes |
| Cancer _____ | Marcapasos | Inmunosupresión |
| Fibromialgia | Síndrome de Dolor Crónico | Otro: _____ |

Haga una lista de las Lesiones Graves, Caídas o Cirugías anteriores que haya sufrido y su fecha aproximada:

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

Haga una lista de las pruebas y los resultados recientes que haya recibido (rayos X, MRI, tomografía computarizada, conducción de nervios):

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

Indique TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos a base de hierbas, vitaminas o suplementos:

1. _____ 3. _____ 5. _____
 2. _____ 4. _____ 6. _____

Objetivos del paciente: ¿Qué espera lograr al asistir a la terapia física?

Yo certifico veracidad de la información en este documento.

Firma del Paciente: _____