

Formulario Para Pacientes Nuevos

Favor De Escribir Claramente En Letra De Molde

Nombre (Apellido): _____ (Primer): _____ (Inicial): _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Trabajo: _____ Otro: _____ Domicilio Electrónico: _____

Seguro Social#: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sex: M F

Licencia de Conducir#: _____ Estudiante: Si No

Estado Civil:

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Pareja Domestica Menor de Edad

Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____ Teléfono: _____

Como prefiere recibir sus cobros/facturas: E-mail Fax Correo?

Empleador: _____ Tipo de Empleo: _____

Empleo: Completo Medio No trabajo Jubilado

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Tipo de lesión: Trabajo Auto Casa Otra _____ Fecha de lesión: _____

¿Hay un Abogado involucrado? Si No Nombre del Abogado: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Domicilio: _____

Medico que lo refirió: _____ Teléfono: _____

¿A quien podemos agradecerle por referirlo con nosotros y que no sea su médico?: _____

¿Como se entero de nosotros?: _____

**FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR: _____ FECHA: _____ **

Todos los servicios profesionales obtenidos son la responsabilidad financiera del paciente. INFORMACION DE ASEGURANZA (FAVOR DE LLENAR)

Aseguranza Primaria: _____ Poliza#: _____ Fecha de Cubrimiento: _____

Nombre asegurado: _____ Seguro Social#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Poliza #: _____ Fecha de Cubrimiento: _____

Nombre asegurado: _____ Seguro Social#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿A usted aplicado para los servicios de Medi-Cal en los ultimos 3-12 meses? Si No No Estoy Seguro

AVISO AL CONSUMIDOR | Fisioterapeutas estan regulados y licenseados por la.
PhysicalTherapy Board of California (CPTA) Ph. (916) 561 -8200 | www.ptb.ca.gov

Historial Medico

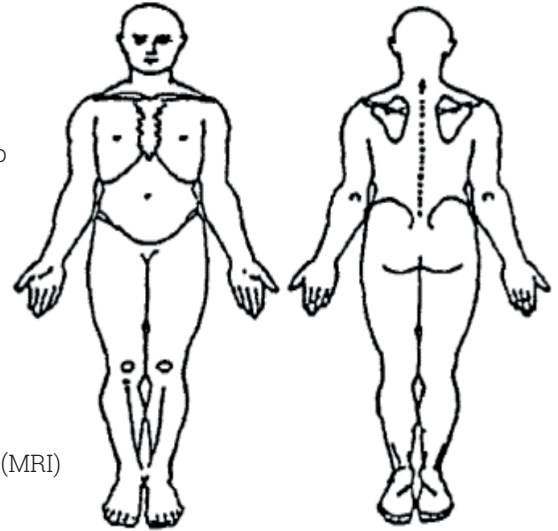
Nombre del paciente _____ Edad _____

Tipo de lesión/ problema _____ Fecha de inicio/ fecha de la lesión _____

Tipo de cirugía y fecha _____

¿Cuándo es su próxima cita con el medico? _____

Describa que tratamiento anterior ha recibido para este problema



¿Ha recibido tratamiento de un quiropráctico este último año?

¿Ha recibido tratamiento de terapia del habla este último año?

¿Ha recibido tratamiento de cuidado en casa a travez Medicare?

¿Le han tomado cualquier tipo de imágenes?:

Radiografía Doppler

Ultrasonido Tomografía computarizada (CT Scan)

Exploración de imágenes por resonancia magnética (MRI)

Ha notado recientemente:

Calentura/ Escalofríos/ Sudores

Calambres en las piernas al caminar

Embarazada/ Dispositivo anticonceptivo (IUD)

Cambios en su vista o audición

Entumecimiento/ Hormigueo

Perdida/ Aumento de peso

Náuseas/ Vómitos

Dolores de cabeza

Cansancio

Debilidad

Dolor en la noche

Insomnio

¿Tiene o ha tenido lo siguiente?

Problemas/ Infecciones urinarias

Problemas de la presión sanguínea

Hinchazón de pierna(s)/tobillo(s)

Problemas circulatorios/ Coágulos

Fácilmente le salen moretones/ Fácilmente sangra

Indigestión/ Ardor (acidez) estomacal

Alergias/ Sensibilidad de la piel

Cualquier lesión anterior que pudiera afectar _____

Problemas del corazón

Perdida del conocimiento

Accidente automovilístico

Asma/ Problemas respiratorios

Torceduras/ Desgarros

Enfermedad pulmonar

Desmayos

Cáncer

Cirugías

Diabetes

Fracturas

Explique y proporcione las fechas aproximadas de cualquier problema arriba indicado

¿Actualmente está tomando medicinas? Si No Nombre y tipo de medicina

Tipo de dolor: Agudo/ Quema/ Dolor constante/ Hormigueo/ Entumecimiento/Otro

Califique su dolor (1=minino 10=severo):

Cuando el dolor está en su peor momento: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cuando el dolor está en su mejor momento: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué espera obtener de su tratamiento?

¿Cuáles son sus metas físicas o de bienestar?

¿Hay otra cosa que quisiera usted incluir o preguntarle a su terapeuta físico?

Firma del paciente o Representante personal

Fecha

Politica de la Oficina

Consentimiento para el tratamiento de un menor

Yo, el abajo firmante, acepto dar mi consentimiento para la condición del paciente menor. Como padre y / o tutor legal, autorizo a los especialistas en terapia a informar a las compañías de seguros sobre este tratamiento y por la presente cedo todo el pago por CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Por la presente autorizo Especialistas en terapia para brindar tratamiento al paciente menor mencionado en los formularios adjuntos mientras yo no esté presente

Firma del padre/Tutor _____ fecha _____

Consentimiento para la atención y el tratamiento

Su fisioterapeuta completará una evaluación mediante un examen y una entrevista. Luego se diseñará su programa de tratamiento individual. Se pueden utilizar diversas técnicas de tratamiento. Yo, el abajo firmante, por la presente acepto y doy mi consentimiento para que los especialistas en terapia proporcionen atención de fisioterapia y tratamiento considerado necesario y adecuado para evaluar o tratar mi condición física

Consentimiento para el tratamiento mediante telemedicina. Doy mi consentimiento para el tratamiento que implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan la información médica de mi paciente individual con fines de diagnóstico, terapia, seguimiento y / o educación. Doy mi consentimiento para enviar mi información a un tercero según sea necesario para recibir servicios de telemedicina, y entiendo que se aplican las protecciones de confidencialidad existentes. Reconozco que, la telemedicina se puede utilizar para brindar un mejor acceso a la atención médica, aun como con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales y no se pueden garantizar ni asegurar resultados. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a: problemas técnicos con la transmisión de información; fallas del equipo que podrían resultar en pérdida de información o retrasos en el tratamiento. Entiendo que tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para el uso de telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a un tratamiento futuro y sin correr el riesgo de perder o retirar los beneficios del programa al que de lo contrario tendrá derecho.

Firma del padre/madre/tutor: _____ fecha _____

Asignacion de las Prestaciones del Seguro

Por el presente yo autorizo a Therapy Specialists a proporcionar información a las compañías de seguros respecto a este tratamiento y por el presente cedo cualquier pago por los servicios prestados.

Reclamaciones de Compensacion por Accidentes de Trabajo

Si usted está recibiendo los beneficios bajo Compensación por Accidentes de Trabajo y subsecuentemente le niegan dichos beneficios, usted podra ser responsable de pagar la cantidad total de los cargos por los servicios prestados en su tratamiento.

Política Financiera

Nosotros enviaremos una factura a su compañía de seguros únicamente como una cortesía para usted. Usted es el responsable de su factura. Requerimos que haga hoy mismo los arreglos para pagar su parte estimado de la factura. Si su compañía de seguros no nos envía el pago dentro de un plazo de 60 días, el saldo adeudado será su responsabilidad total. En el caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de pagos que nos han sido hechos, usted podrá ser responsable por la cantidad de dinero reembolsado a su compañía de seguros. Si usted recibe cualquier pago hecho a usted por parte de su compañía de seguros por los servicios que le hemos facturado, usted reconocer la obligación de enviarnos a la brevedad posible el (los) pago(s). Si fuera necesario llevar a cabo procedimientos formales de cobranza por dinero que nos adeude, usted será responsable por cualquier cargo adicional incurrido. Hemos revisado con usted sus prestaciones del seguro como nos han indicado su compañía de seguros. No asumimos responsabilidad por ningún error hecho por su compañía de seguros en esta cotización. Hemos repasado estas prestaciones con usted y usted queda de acuerdo en pagar su parte de esta factura.

Pago estimado del paciente / -copago / cantidad del deducible por visita \$ _____

Arreglos para el pago del -copago/deducible del paciente:

Pagare cada visita Pagare semanalmente por adelantado

La anterior información me fue leída y explicada. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE PAGAR MI CUENTA.

Paciente/ Tuto/ Parte Responsable

Fecha

Representante de la Clínica

Fecha

Recordatorio de Citas

Forma de Consentimiento

Nombre : _____

Favor de completar esta forma, y firmar abajo dando a Therapy Specialists Chula Vista el permiso de mandarle recordatorios de sus citas por medio de email, or texto celular. Favor de escribir claramente.

Primer Paso: Escoga una opcion:

Therapy Specialists puede mandarme correos electronicos para confirmar mis citas de terapia al correo electronico de:

Domicilio De Email : _____

Therapy Specialists puede mandarme textos celulares para confirmar mis citas de terapia al número de celular:

Numero de Celular#: _____

Yo reconozco que pueden aplicar cargos regulares de texto.

Segundo Paso: Si opto para recordatorios celulares, favor de indicar su compañía de celular.

No podemos finalizar su cuenta de recordatorios celulares si no nos indica su compania de servicios. Favor de indicar abajo su compania si gusta recordatorios. Gracias.

ALLTel

AT&T

Boost Mobile

Cingular

Cricket Wireless

Metrocall

MetroPCS

Nextel

Qwest

Sprint PCS

T Mobile

US Cellular

Verizon

Virgin Mobile

Decline

Firma del paciente, o guardián legal

Fecha

Con mi firma, acuso recibo del aviso de especialistas en terapia sobre prácticas de privacidad.

Firma del paciente / parte responsable

Fecha