

SPINE & REHAB SPECIALISTS**PATIENT INFORMATION FORM**

Intake by: date: / / appt: / / at P.T.

(FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE)

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	
DOMICILIO		CIUDAD		ESTADO CODIGO	
TELEFONO CASA () -		TELEFONO TRABAJO () -		TELEFONO CELULAR () -	
CORREO ELECTRONICO			FECHA DE NACIMIENTO / /		
SEGURO SOCIAL - -		# DE LICENCIA		SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	
LUGAR DE EMPLEO			OCUPACION		
DIRECCION DE SU EMPLEO		CIUDAD		ESTADO CODIGO	
CONTACTO DE EMERGENCIA			RELACION		TELEFONO# () -

QUIEN LA/LO RECOMENDO?		PODEMOS DARLE LAS GRACIAS POR RECOMENDARLO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
MEDICO REMITENTE		FECHA DE RECETA MEDICA / /		FRECUENCIA/DURACION	
DIAGNOSTICO/MOTIVO DE CONSULTA					
PROXIMA CONSULTA MEDICA:			TERAPIA ANTERIOR POR ESTA LESION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
LESION RELACIONADA CON <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE AUTO <input type="checkbox"/> N/A SI: FECHA / / DONDE					
DETALLES DE ACCIDENTE					

INFORMACION DE SEGUROS MEDICOS: (favor de llenar claramente y proporcionar tarjeta de seguro)

ASEGURANZA PRINCIPAL		TELEFONO # () -		NUMERO DE GRUPO	
NUMERO DE RECLAMO		NOMBRE DE ASEGURADO		RELACION CON PACIENTE	
ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO / /			AJUSTADOR		
SEGURO SOCIAL ASEGURADO			LUGAR DE EMPLEO DEL ASEGURADO		

ASEGURANZA SECUNDARIA		TELEFONO # () -		NUMERO DE GRUPO	
NUMERO DE RECLAMO		NOMBRE DE ASEGURADO		RELACION CON PACIENTE	
ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO / /			AJUSTADOR		
SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO			LUGAR DE EMPLEO DEL ASEGURADO		

ACCIDENTE DE AUTOMOVIL:

<input type="checkbox"/>	PUEDEN USAR MI SEGURO MEDICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (ver information de seguro medico)	
<input type="checkbox"/>	PUEDEN USAR PIP (aseguranza de auto) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PUEDEN USAR POLIZA DE AUTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/>	PUEDEN USAR POLIZA DE AUTO: NOMBRE DE COMPANIA	
NUMERO DE POLIZA		NOMBRE EN POLIZA
NOMBRE DE AJUSTADOR		TELEFONO () -
<input type="checkbox"/>	NOMBRE DE ABOGADO TELEFONO () - (Proporcionar Carta de Proteccion de Abogado)	

SOLAMENTE PACIENTES DE MEDICARE:

Esta actualmente bajo cuidado casero?, (en los ultimos tres meses)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Nombre de Agencia	Fechas de Tratamiento:	Fecha de Alta: / /

Por favor, recuerde que el seguro es considerado un método de reembolso de los pacientes por los servicios prestados y no un sustituto para el pago de servicios. Entiendo y estoy de acuerdo en que (a pesar de mi estado de seguros), soy responsable por el saldo de mi cuenta por los servicios profesionales prestados.

Yo, El asegurado, autorizo todo el pago por los beneficios del seguro directamente a Physiotherapy of El Paso, P.C., d/b/a Spine & Rehab Specialists, incluyendo Agencias de Gobierno (Medicare, Medicaid, Blue Cross Blue Shield y Worker's Compensation) y compañías privadas de seguros. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de este acuerdo se considera tan válida como el original.

Mi firma a continuación autoriza a Physiotherapy of El Paso, P.C., d/b/a Spine & Rehab Specialists, dar toda información necesaria a la compañía o compañías de seguro correspondientes a mi tratamiento incluyendo pero no limitado a personal médico, y financiero.

Si se trata de un reclamo de Worker's Compensation, al firmar a continuación, autorizo a Spine & Rehab Specialists contacto con mi empleador con el fin de obtener descripción del puesto y / o una lista de funciones de trabajo esenciales para ayudar en mi proceso de rehabilitación.

Doy mi autorización para eximir de responsabilidad a cualquier tratamiento que se considere necesario por el médico, fisioterapeuta o personal designado.

FIRMA AUTORIZADA:	FECHA:
--------------------------	---------------

SPINE & REHAB SPECIALISTS**PATIENT INFORMATION FORM**

Para asegurarse de recibir una evaluación completa, favor de proporcionar la información completa de su historia médica.
Si usted no entiende una pregunta, favor de dejar en blanco y su terapeuta le ayudará.

NOMBRE:	Fecha de Nacimiento: / /
Profesion / Pasatiempos:	
Restricciones:	

Esta usted actualmente bajo el cuidado de los siguientes?:	SI	NO	Lo ha visitado los últimos 3 meses, favor de explicar
Doctor Medico			
Dentista			
Chiropractico			
Psiquiatra/Psicologo			
Fisioterapia			
Otro (favor de dar explicación)			

Cuales pruebas diagnosticas le han tomado?	SI	NO	RESULTADOS
Rayos - X			
MRI			
EMG			
Otro (favor de dar explicación)			

	SI	NO	
Ha tenido terapia física en los últimos 12 meses?			Donde?
Esta embarazada?			Fecha de Alumbramiento:

HA TENIDO USTED ALGUNA DE LAS SIGIENTE CONDICIONES?				
Condiciones	Nunca	Presente	Pasado	Detalles / Comentarios
Problemas del Corazon				
Marca Pasos				
Alta presión de sangre				
Diabetes				
Infarto				
Cancer				
Tuberculosis				
Hepatitis				
Astma				
Osteoporosis				
Lastimada de Espalda				
Reemplazo de Coyuntura				
Artritis				
Dolor de Cabeza				
Mareos				
Desmayos				
Perdida de Peso con dieta				
Perdida de Peso inexplicable				
Caida / Perdida de equilibrio				
Sensibilidad de Latex				

Tiene alguna condición médica que no le haya mencionado el doctor y que nos pertenesca saber?	

Favor de dar una lista de los medicamentos que esta tomando:	

Favor de dar una lista de cirujias que haiga tenido:	

Firma:	Fecha: / /
---------------	-------------------

BIENVENIDOS
a
PHYSIOTHERAPY OF EL PASO, P.C., dba
SPINE & REHAB SPECIALISTS

Estamos muy contentos por haber elegido nuestra clinica de terapia.

Su terapeuta (despues, de haber consultado con su Doctor-si necesario) va a conducir su evaluacion, y trabajar con usted para seguir con su plan de tratamiento para ayudarle con el dolor lo mas pronto que podamos.

Es muy importante que usted siga el plan de tratamiento lo mas cerca posible. Esto incluye las siguientes instrucciones de prevencion, ejercicios para la casa y visitas frecuentes.

Es importante que se presente a su cita, para su completo beneficio de su terapia, y para cumplir las metas, de regresar con su familia, su trabajo y su vida propia.

Cuando usted comienza su terapia, es comun o normal que se sienta poco adolorido(a), o que presente poco mas dolor. Si esto sucede, por favor informe a su terapeuta para dirigir o cambiarle el plan de tratamiento, si es necesario.

Cuando usted comiense a sentirse mejor su terapeuta, trabajara con usted en ejercicios para que este mas fuerte y los factores que lo hizo lastimarse. Nosotros trabajaremos para ayudarle a prevenir el problema.

Nosotros le brindamos atencion individual. Si no puede asistir a su cita, por favor avisenos 24 horas en adelante poder darle el cupo a otro(a) paciente (que alo mejor a estando esperando para una cita) en su lugar.

Si usted no completa su terapia como debido, nosotros le avisaremos a su Doctor. Si su caso fue relacionado de Compensacion del Trabajo. Nosotros le avisaremos al Doctor, a su compania de aseguranza y trabajo. Si usted tiene un abogado, tambien sera informado.

Si usted tiene alguna pregunta o un problema – por favor dejenos saber. Queremos que su experiencia con Spine & Rehab Specialists lo haga sentir lo mas agusto posible.

Harry Koster, L.P.T., Cert. MDT
Director

Yo he leido esta informacion y entendido la poliza de cancelacion.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha