



SPINE & REHAB SPECIALISTS PATIENT INFORMATION FORM

(FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE)

APELLIDO	NOMBRE	MEDIO 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 MÉDICA:	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 GROUPO
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 GROUPO
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 información de seguro médico)	
<input type="checkbox"/> PUEDEN USAR PIP (seguranza 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 Protección de Abogado)

SOLAMENTE PACIENTES DE MEDICARE:

¿Está actualmente bajo cuidado casero?, (en los últimos tres meses)? <input type="checkbox"/> Sí <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:
--------------------------	---------------

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

Estamos muy contentos por haber elegido nuestra clínica de terapia.

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

Es muy importante que usted siga el plan de tratamiento lo más cerca posible. Esto incluye las siguientes instrucciones de prevención, 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 común o normal que se sienta poco adolorido(a), o que presente poco más dolor. Si esto sucede, por favor infórmele a su terapeuta para dirigir o cambiarle el plan de tratamiento, si es necesario.

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

Nosotros le brindamos atención individual. Si no puede asistir a su cita, por favor avísenos 24 horas en adelante para poder darle el cupo a otro(a) paciente (que a lo 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 Compensación del Trabajo. Nosotros le avisaremos al Doctor, a su compañía de a seguridad y trabajo. Si usted tiene un abogado, también será informado.

Si usted tiene alguna pregunta o un problema – por favor déjenos saber. Queremos que su experiencia con Spine & Rehab Specialists lo haga sentir lo más a gusto posible.

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

Yo he leído esta información y entiendo la póliza de cancelación.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

MEDICAL HISTORY 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:
Altura:	Peso:

Profesión / 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/Psicólogo			
Fisioterapia			
Otro (favor de dar explicación)			

¿Cuáles pruebas diagnósticas le han tomado?	SI	NO	FECHA	RESULTADOS
Rayos - X				
MRI				
CT Scan				
EMG				
Otro (favor de dar explicación)				

POR FAVOR, RESPONDA A LA SIGUIENTE			SI	NO	
¿Ha tenido terapia física en los últimos 12 meses?					¿Donde?
¿Está embarazada?					Fecha de alumbramiento:
¿Fumas?					¿Frecuencia?
¿En el último mes, ha notado un cambio en la actividad del intestino y la vejiga?					
¿Durante el último mes, se ha sentido desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza?					
¿Durante el último mes, ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?					
¿Desea ayuda con eso?					Sí, pero no ahora

Condición/Enfermedad	Nunca	Presente	Pasado	Por favor, indique en el grafico donde siente dolor:	Indique los medicamentos que está tomando:
Enfermedad del Corazón				<p>¿Cuál es su nivel de dolor?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No pain Moderate pain Worst possible pain</p>	
Enfermedad pulmonar					
Convulsiones / Epilepsia					
Marcapasos					
Alta/Baja Presión de Sangre					
Diabetes					
Infarto de Miocardio					
Cáncer					
Asma					
Osteoporosis					
Lastimada de Espalda					
Fractura					
Artritis Reumatoide					
Osteoartritis					
Dolores de Cabeza					
Mareos					
Desmayos					
Pérdida de Peso Inexplicable					
Caídas/Perdida de Equilibrio					
Alergia al Látex					
Infecciones					
HIV/AIDS					
Coágulos de Sangre					

Por favor, anote cuales cirugías usted ha tenido y cuando:
Por favor, anote cualquier otras condiciones/enfermedades que debemos saber:

Firma del paciente o tutor legal:

Fecha: