



REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____ Fecha: ____/____/____
NOMBRE INICIAL APELLIDO

Número De Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo: M ___ F ___ Soltero ___ Casado ___

Dirección Local: _____
P.O. BOX/ DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Dirección Fuera _____
Del Estado: P.O. BOX/ DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono De Su Casa: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____

Teléfono De Su Trabajo: (____) _____

Email: _____@_____.com/net

Seguro Principal: _____ Seguro Secundario / Suplementario: _____

Nombre Del Subscrito: _____ Nombre Del Subscrito: _____

Relación El Paciente : _____ Relación Al Paciente : _____

Fecha De Nacimiento Del Subscrito: ____/____/____ Fecha De Nacimiento Del Subscrito : ____/____/____

Número De Poliza: _____ Número De Poliza: _____

Número De Grupo: _____ Número De Grupo: _____

Si esta es una lesión de compensación para trabajadores, por favor complete lo siguiente

Compañía De Seguro: _____ Número De Reclamo: _____

Número De Teléfono: (____) _____ - _____

En Caso De Emergencia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono : (____) _____ - _____

_____/_____/_____
Firma del paciente Fecha

HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Ocupación, incluya las actividades que forman parte de su jornada laboral: _____

¿Estás en una restricción del trabajo de su médico? **Sí No** ¿Eres sensible al látex? **Si No**

¿Fumas? **Sí No** ¿Usted tiene un marcapasos? **Si No**

Recientemente ha tenido señales de alguno de los siguientes (ver todo lo que sea aplicable):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener el equilibrio mientras caminaba | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso y ganancia |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo | <input type="checkbox"/> Caídas |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | |
| <input type="checkbox"/> Mareos o vahídos | |

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con cualquiera de las siguientes condiciones (comprobar todo lo que sea aplicable)?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Hueso o infección articular |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Otras artritis | <input type="checkbox"/> Problemas de circulación |
| <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho/angina |

Enumere todos los medicamentos que este tomando actualmente (INCLUSO Pastillas, inyecciones y/o parches cutáneos):

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

Enumere las cirugías u otras afecciones por las que haya sido hospitalizado, incluidas las fechas :

1. _____ 2. _____ 3. _____

Qué fecha (aproximadamente) sus síntomas empiezan? _____

¿Qué es lo que usted cree que ha ! causado sus síntomas? _____

Mis síntomas son actualmente: mejor Empeorando Alrededor de lo mismo

Creo que no debería hacer actividades físicas que pueden hacer que mi dolor empeore:

- desacuerdo inseguro de acuerdo

Tratamiento recibido hasta la fecha para este problema (quiropático, inyecciones, etc):

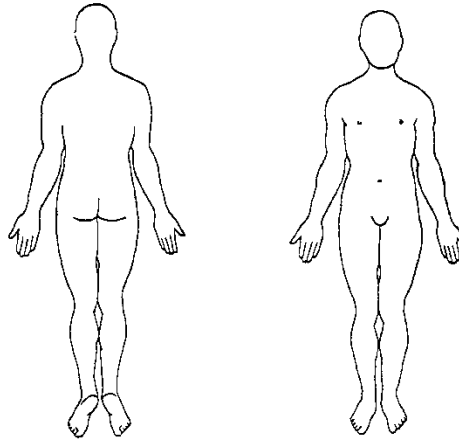
Por favor lista pruebas especiales realizadas para este problema (rayos x, resonancia magnética, laboratorios, etc)

Has tenido este problema antes: Si No Cuando? _____ Tratamiento recibido _____

Cuerpo gráfico:

Por favor, marque las áreas donde usted siente los síntomas que aparecen en el gráfico de la derecha con los siguientes símbolos para describir los síntomas:

- ↓ dolor agudo
- dolor suave
- ||| no lo sientes
- = sentir hormigueo; zumbar



Mis síntomas actualmente: van una y otra vez Son constantes Son constantes, pero el cambio de actividad

Factores agravantes: Identificar hasta 3 posiciones importantes o actividades que empeoran los síntomas:

1. _____
2. _____
3. _____

Aliviar factores: Identificar hasta 3 posiciones importantes o actividades que mejoran sus síntomas:

1. _____
2. _____
3. _____

Quando son los síntomas peores? mañana tarde Noche Después de ejercicio
Quando son los síntomas mejores? mañana tarde Noche Después de ejercicio

Utilizando el 0 y el 10 la escala, con 0 siendo "sin dolor" y 10 es el "peor dolor imaginable" por favor describir:

Su actual nivel de dolor mientras completando esta encuesta: _____

El mejor el dolor ha sido durante las últimas 24 horas: _____

El peor, el dolor ha sido durante las últimas 24 horas: _____



Paciente nuevo consentimiento para el uso y la divulgación de información sobre la Salud para el tratamiento, pago u operaciones de Servicios de Salud

Yo, _____, comprendo que, como parte de mi atención de la salud, Excel Terapia Física de Nápoles, Inc. se origina y mantiene papel y /o registros electrónicos describir mis antecedentes de salud, los síntomas, examen y resultados de la prueba, diagnósticos, tratamiento y planes para una futura intervención o tratamiento. Tengo entendido que esta información sirve como:

- La base para la planificación mi atención y tratamiento
- un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyan a mi cuidado,
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y cirugía información para mi proyecto de ley
- un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron efectivamente prestados, y
- una herramienta de salud rutinarios operaciones tales como evaluar la calidad y el examen de la competencia de los profesionales de la salud

Entiendo y han sido siempre con un Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de información usos y revelaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a la notificación antes de firmar el consentimiento
- El derecho de oponerse al uso de mi información de salud para la guía, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de la salud se pueden usar o divulgar para realizar el pago del tratamiento u operaciones de atención médica

Tengo entendido que Excel Physical Therapy of Naples, Inc. no está obligada a aceptar las restricciones solicitado. Yo entiendo que me podrá revocar su consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomado medidas en la dependencia al respecto. También entiendo que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como permitidos por la Sección 164,506 del Código de Reglamentos Federales.

Entiendo que, como parte de esa organización, de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede resultar necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para tal divulgación de estos usos permitidos, incluida la divulgación vía fax.

Comprendo perfectamente y aceptar los términos de este acuerdo.

Firma del paciente

Fecha



Seguro – Responsabilidad Financiera- Autorización para liberar información confidencial- Consentimiento de tratamiento

1. Yo doy consentimiento para terapia y tratamiento en Excel Physical Therapy of Naples, Inc.
PARA REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES SOLAMENTE: Yo autorizo mis records médicos a ser liberados a los ajustadores, los encargados del caso y los empleadores.
2. Yo autorizo mi records medicos para ser compartidos con mi doctor y compania de seguro.
3. Yo confrimo que yo voy a tomar responsabilidad finaciera para el servicio de terapia que hacen aqui en Excel Physical Therapy. Mis tratamientos van a ser mandados al seguro, si yo ha tomado esta decision , yo estoy responsable por mi deductible, copays, y co-insurance. Yo sere facturado es habitual costo para la rehabilitación que mi compañía de seguro ha desarrollado o permitido. Si mi compañía de seguros niega a pagar por mis servicios o se niega a hacer el pago dentro de 45 días después de la presentación del reclamo yo será plenamente responsable para pagar los gastos a Excel Physical Therapy.
4. Yo autorizo mi seguro para pagar Excel Physical Therapy directamente para el servicio prestado.
5. Yo resconozco que es mi responsabilidad a remitir los cheques emitidos directamente a mí de mi compañía de seguros para Excel Therapy of Naples si mi compañía de seguros me remite el pago de los servicios prestados y tengo un saldo restante con Excel Physical Therapy of Naples, Inc.

Firma del paciente

Fecha



Vista Suspendida/ Póliza de Cancelación

Esta polica ha sido establisada en orden de brindar el nivel mas alto de servicio de fisioterapia a todos nuestros pacientes. Se ha demostrado que la asistencia constante brinda la mayor oportunidad de éxito. Al darnos una noticia

de cancelación, nos dan la posibilidad de acomodar otros pacientes con su hora de cita.

Si no puedes atender una cita, por favor avisanos 24 horas antes. Si no cancelas entre las 24 horas, tendremos que

cobrarte setenta y cinco dólares (\$75) suspendida/no presentacion. Este pago no esta cubierta por su seguro medico

o por el seguro del trabajo. Entendemos que surgen emergencias y que no pueda ser posible que nos den un aviso.

En estos casos, se harán excepciones al motivo apropiado de vista suspendida/ no presentacion.

Información De Pago

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tipo de tarjeta: ___ Visa ___ MasterCard ___ Discover ___ American Express

Numero de la tarjeta de banco: _____

Fecha de expiración: ___/___ Código de seguridad: _____ Código postal: _____

Le pedimos que sea cortés con el valioso tiempo y atención de su proveedor. Los fisioterapeutas, el personal del consultorio y sus compañeros pacientes se lo agradecerán.

Tenga en cuenta que la cancelación o la re programación de sus citas debe realizarse durante el horario comercial. Cancelar o re programar su cita después del horario de oficina se considerará tarde y se le cobrará el cargo por cancelación tardía.

Doy mi consentimiento para que me cobren setenta y cinco dólares (\$75) por cancelación/ausencia si no cancelo o re programo mi cita dentro de las 24 horas de aviso.

Firma del paciente

Fecha