



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ #SS: _____ - _____ - _____
Primer Inicial Apellido (REQUERIDO para compensación al trabajador)

Masculino Femenino Fecha de nacimiento ____/____/____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____ #celular: (____) _____ - _____

¿Desea recibir recordatorios por correo electrónico? Si, notifíqueme por correo electrónico No, no envíe un correo electrónico

¿Desea recibir recordatorios de citas por mensaje de texto? Si, notifíqueme por texto No, no me envíe un texto

Contacto de emergencia: _____ #Teléfono: (____) _____ - _____ Relación: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico remitente : _____ Fecha de la lesión: _____

Dirección de la oficina: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, acepto y doy mi consentimiento para que **Rancho Physical Therapy** brinde atención y tratamiento de fisioterapia que se considere necesario y adecuado para evaluar y / o tratar mi condición física. También autorizo a Rancho Physical Therapy a proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a este tratamiento y por la presente asigno todos los pagos por los servicios prestados.

firma: _____ fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA E INFORMACIÓN DE SEGURO

Entiendo y acepto que los formularios de reclamo de seguro se enviarán a mi compañía de seguros solo por conveniencia, y que soy responsable de todos los cargos, independientemente de mi cobertura médica existente. Si no proporciono información del seguro o información inexacta, Rancho Physical Therapy me facturará directamente los cargos incurridos, así como los cargos no cubiertos por mi plan de seguro. Si recibo un aviso de mi compañía de seguros de que el pago se retrasa o se niega porque se requiere información adicional, me comunicaré con mi compañía de seguros para que los reclamos puedan ser reprocesados y pagados.



Por el presente autorizo el pago de los beneficios del seguro hechos directamente a RPT por los servicios prestados. En el caso de que mi compañía de seguros me envíe el pago directamente, en lugar de RPT, entregaré inmediatamente dicho pago a RPT.

Entiendo y acepto que soy totalmente responsable del pago de todos los cargos evaluados por los servicios profesionales prestados y que pagaré cualquier suma adeudada a pedido. Entiendo y acepto que si es necesario comenzar acciones legales para el cobro de cargos pendientes en mi cuenta, seré responsable de cualquier costo y / o honorarios judiciales, además del saldo pendiente.

Firma de la persona responsable de los cargos: _____ Fecha: _____
(PADRE O TUTOR DEBE FIRMAR PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

Relación con el paciente: Mismo Madre Padre Tutor legal

SEGURO PRIMARIO

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Padre Otro _____

Dirección del suscriptor: _____
(Si es diferente al paciente) Dirección Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____ SS #: _____ - _____ - _____
(Si es diferente al paciente)

Co de Seguro: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

N. ° de suscriptor: _____ N. ° de grupo / Nombre: _____

Empleador del suscriptor: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Padre Otro _____

Dirección del suscriptor: _____
(Si es diferente al Paciente) Dirección Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____ SS #: _____ - _____ - _____
(Si es diferente al paciente)

Co de Seguro: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

N. ° de suscriptor: _____ N. ° de grupo / Nombre: _____

Empleador del suscriptor: _____ Teléfono: (____) _____ - _____



Por favor, comprenda que esto no es una promesa de pago por parte de su compañía de seguros. Las reclamaciones serán revisadas por su

proveedor para determinar la elegibilidad y los beneficios y pueden estar sujetas a limitaciones y exclusiones.

INICIAL : _____ Hemos contactado a su compañía de seguros para verificar su elegibilidad PPO / HMO y los beneficios para fisioterapia ambulatoria, terapia ocupacional o del habla. Le recomendamos que también verifique sus beneficios con su proveedor. Usted es responsable de cualquier servicio / cargo no cubierto por su plan de seguro, independientemente de lo que nos haya indicado su proveedor.

INICIAL : _____ Si tiene un deducible y / o coseguro, no tenemos forma de saber exactamente cuál es su porción será hasta que su transportista procese los reclamos. Le solicitamos que pague su deducible estimado y su coseguro estimado cuando se prestan los servicios. Como solo podemos proporcionar una estimación, recibirá declaraciones mientras su compañía de seguros procesa sus reclamaciones. Si tiene un copago específico, requerimos que se pague en el momento en que se prestan los servicios.

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA**

Nombre del paciente: _____ Clínica: _____

Rancho Physical Therapy se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

Reconozco que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir una copia del Aviso oficial de Prácticas de Privacidad de Rancho Physical Therapy, Inc.

firma: _____ fecha: _____

Ponga sus iniciales en todas las instrucciones que correspondan:

_____ Yo autorizo a dejar mensajes con respecto a mis citas en mi contestador automático o correo de voz como se indica en mi información de paciente.

_____ Yo autorizo a discutir mis citas con mi cónyuge como se indica en mi información de paciente.

_____ Además de mi médico referente, lo autorizo a comunicarse y enviar informes y evaluaciones a las siguientes personas:



Al firmar esta autorización, entiendo que esto no autoriza la divulgación de información médica por parte de Rancho Physical Therapy, Inc. a ninguna otra organización o agencia a menos que otorgue una autorización adicional. También entiendo que estas autorizaciones pueden ser revocadas en cualquier momento.

Firma: _____ Fecha: _____

HISTORIA DE SALUD

Nombre: _____ Estatura: ____ Peso: ____ Fecha de nacimiento ____/____/____

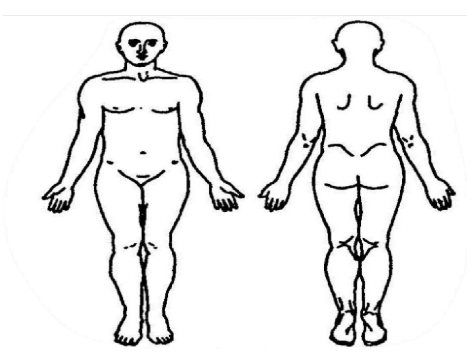
Quejas corrientes

¿Su lesión resultó en cirugía? Si es así, ¿cuál fue la fecha de la cirugía ____/____/____

Explica brevemente por qué estás aquí. _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión/condición similar en el pasado? _____

¿Su lesión/condición está **mejorando**, **sigue igual**, o **empeorando**? (Circule uno)

<p>Por favor, margue X en la figura donde se encuentran sus síntomas actuales</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Por favor, circule sus síntomas actuales a continuación</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 5px;">agudo</td> <td style="padding: 5px;">dolorido</td> <td style="padding: 5px;">entumecido</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">hormigueo</td> <td style="padding: 5px;">tirón</td> <td style="padding: 5px;">ardiente</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">dolor sordo</td> <td style="padding: 5px;">intenso</td> <td style="padding: 5px;">apretado</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">punzante</td> <td style="padding: 5px;">palpitante</td> <td style="padding: 5px;">puñaladas</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Otra: _____</td> </tr> </table>	agudo	dolorido	entumecido	hormigueo	tirón	ardiente	dolor sordo	intenso	apretado	punzante	palpitante	puñaladas	Otra: _____		
agudo	dolorido	entumecido														
hormigueo	tirón	ardiente														
dolor sordo	intenso	apretado														
punzante	palpitante	puñaladas														
Otra: _____																

Califique su nivel de dolor en la última semana en su momento mejor y peor en la escala debajo

SIN DOLOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **INSOPORTABLE**

En la escala de porcentaje debajo, circule su nivel corriente de función general

SIN RESTRICCIONES 100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0% **INCAPAZ DE FUNCIONAR**

¿Estás trabajando actualmente?	SI	NO	Por favor, especifique cualesquiera restricciones de <u>trabajo</u> por su médico
¿Tienes alguna restricción de trabajo?	SI	NO	



HISTORIAL MÉDICO

Por favor circule SÍ para todas las condiciones aplicables, o No para todas las condiciones

Alergias	Si	No	Diabetes	Si	No	Implantes riñon	Si	No
Anemia	Si	No	Mareos	Si	No	SARM	Si	No
Ansiedad	Si	No	Enfisema/Bronquitis	Si	No	Esclerosis múltiple	Si	No
Arthritis	Si	No	Fibromialgia	Si	No	Enfermedad muscular	Si	No
Asma	Si	No	Fracturas	Si	No	Osteoporosis	Si	No
Desorden autoinmune	Si	No	Problemas de la vesícula	Si	No	Parkinson	Si	No
Cáncer	Si	No	Dolores de cabeza	Si	No	Artritis reumatoide	Si	No
Afecciones cardíacas	Si	No	Discapacidad auditiva	Si	No	Convulsiones	Si	No
Marcapasos cardíaco	Si	No	Hepatitis	Si	No	Fumar	Si	No
Dependencia química	Si	No	Presión alta	Si	No	Problemas del habla	Si	No
Promlemas de circulación	Si	No	Colesterol alto	Si	No	Trazos	Si	No
Covid-19	Si	No	VIH/SIDA	Si	No	Enfermedad de la tiroides	Si	No
Actualmente emgarazada	Si	No	Incontinencia	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Depresión	Si	No	Problemas de riñon	Si	No	Problemas de visión	Si	No

Describe cualquier otra condición o precaución:



HISTORIA DE CAIDAS

¿Lesión como resultado de una caída en el último año?	Si	No	Fecha de caída: _____
¿Dos o más caídas en el último año?	Si	No	Fecha de caídas: _____

HISTORIA DE CIRUGIAS

Región del cuerpo: _____	Tipo de cirugía: _____	Fecha de la cirugía: _____
Región del cuerpo: _____	Tipo de cirugía: _____	Fecha de la cirugía: _____
Región del cuerpo: _____	Tipo de cirugía: _____	Fecha de la cirugía: _____
Región del cuerpo: _____	Tipo de cirugía: _____	Fecha de la cirugía: _____
Región del cuerpo: _____	Tipo de cirugía: _____	Fecha de la cirugía: _____

MEDICACIONES ACTUALES

Droga: _____	Dosificación: _____	Razón para tomar: _____
Droga: _____	Dosificación: _____	Razón para tomar: _____
Droga: _____	Dosificación: _____	Razón para tomar: _____
Droga: _____	Dosificación: _____	Razón para tomar: _____
Droga: _____	Dosificación: _____	Razón para tomar: _____
Droga: _____	Dosificación: _____	Razón para tomar: _____
Droga: _____	Dosificación: _____	Razón para tomar: _____