



## **RANCHO PHYSICAL THERAPY**

### **INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

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 Electrono: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

¿Le gustaría recibir recordatorios de citas por correo electrónico?  Si  No ¿Le gustaría recibir recordatorios de citas por mensaje?  Si  No

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### **AUTHORIZACION PARA TRATAMIENTO**

Entiendo y estoy de acuerdo al autorizar los tratamientos de terapia, lo cual en conjunción con el juicio de mi médico, puede ser considerado necesario y/o recomendable para el diagnóstico y/o tratamiento del paciente nombrado arriba en Rancho Physical Therapy, Inc.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Si el paciente es menor de 18 años, los padres o guardián legal deben firmar)

### **POLIZA FINANCIERA Y INFORMATION DE ASEGURANZA**

Entiendo y acepto que los formularios de reclamación de seguro se presentarán a mi compañía de seguros con carácter de única ventaja, y que yo soy responsable de todos los cargos a pesar de mi cobertura médica existente. Por la presente doy autorización para el pago de beneficios de seguro que se hará directamente a RPT por los servicios prestados. En el caso de que mi compañía de seguros envíe el pago directamente a mí, en vez de RPT, inmediatamente entregará dicho pago a plazo prudencial.

Entiendo y acepto que soy totalmente responsable y responsable del pago de todos los cargos evaluados por los servicios profesionales prestados y pagaré cualquier suma adeudada, a solicitud. Entiendo y acepto que si se hace necesario para RPT para utilizar una agencia de colección exterior o para iniciar una acción judicial, para el cobro de los cargos pendientes, yo seré responsable por el saldo pendiente (más un cargo de \$ 35), y, además, honorarios de abogados, costas y otros gastos de litigio.

Firma de la persona responsable de los cargos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Si el paciente es menor de 18 años, los padres o guardián legal deben firmar)

### **ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

RPT se reserve el derecho a modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso. He recibido, o han ofrecido, una copia del Aviso de prácticas de privacidad de RPT.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Recibió / Ofrecido (circula uno)  
(Si el paciente es menor de 18 años, los padres o guardián legal deben firmar)

### **ASEGURANZA PRIMARIA**

Nombre de Portador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Numero/ Nombre de Grupo: \_\_\_\_\_

### **ASEGURANZA SECUNDARIA \*\*Si no tiene cobertura secundaria, iniciales aquí (\_\_\_\_)**

Nombre de Portador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Numero/ Nombre de Grupo: \_\_\_\_\_

**TODA LA INFORMACION ES ESTE FORMULARIO ES CONFIDENCIAL**

# Historia de Salud

## Condiciones Actuales

|                          |   |                       |   |                           |   |
|--------------------------|---|-----------------------|---|---------------------------|---|
| Alergias                 | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Mareos                | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | MRSA                      | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Anemia                   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfisema/ Bronquitis  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Esclerosis Múltiple       | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Ansiedad                 | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fibromialgia          | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad Muscular       | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Artritis                 | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fracturas             | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Osteoporosis              | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Asma                     | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas de Vesícula | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Parkinson                 | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Desorden Autoinmune      | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Dolor de Cabeza       | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Artritis Reumatoide       | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cáncer                   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Discapacidad Auditiva | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Convulsiones              | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Condiciones cardiacas    | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis             | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Fumar                     | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Marcapasos cardiaco      | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Alta/Baja Presión     | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas del habla       | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Dependencia química      | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Colesterol Alto       | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Embolias                  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Problemas de Circulación | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | HIV/El Sida           | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Actualmente embarazada   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Incontinencia         | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tuberculosis              | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Depresión                | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas Renales     | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Problemas de Visión       | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Diabetes                 | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Implantes Metálicos   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |                           |   |

ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

## Describe cualquier otra condición

Si la respuesta es "Si" a cualquiera de los anteriores, por favor explicar y dar fechas aproximadas/describa cualquier otra condición

## Historia de Caídas

- ¿Lesiones como consecuencia de una caída en el último año? ¿Fecha de la lesión?: \_\_\_\_\_
- ¿Dos o más caídas en el último año?

## Historia Quirúrgica

Región del Cuerpo: \_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Región del Cuerpo: \_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Región del Cuerpo: \_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Región del Cuerpo: \_\_\_\_\_ Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Medicamentos Actuales

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_ Razón por cual toma: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_ Razón por cual toma: \_\_\_\_\_

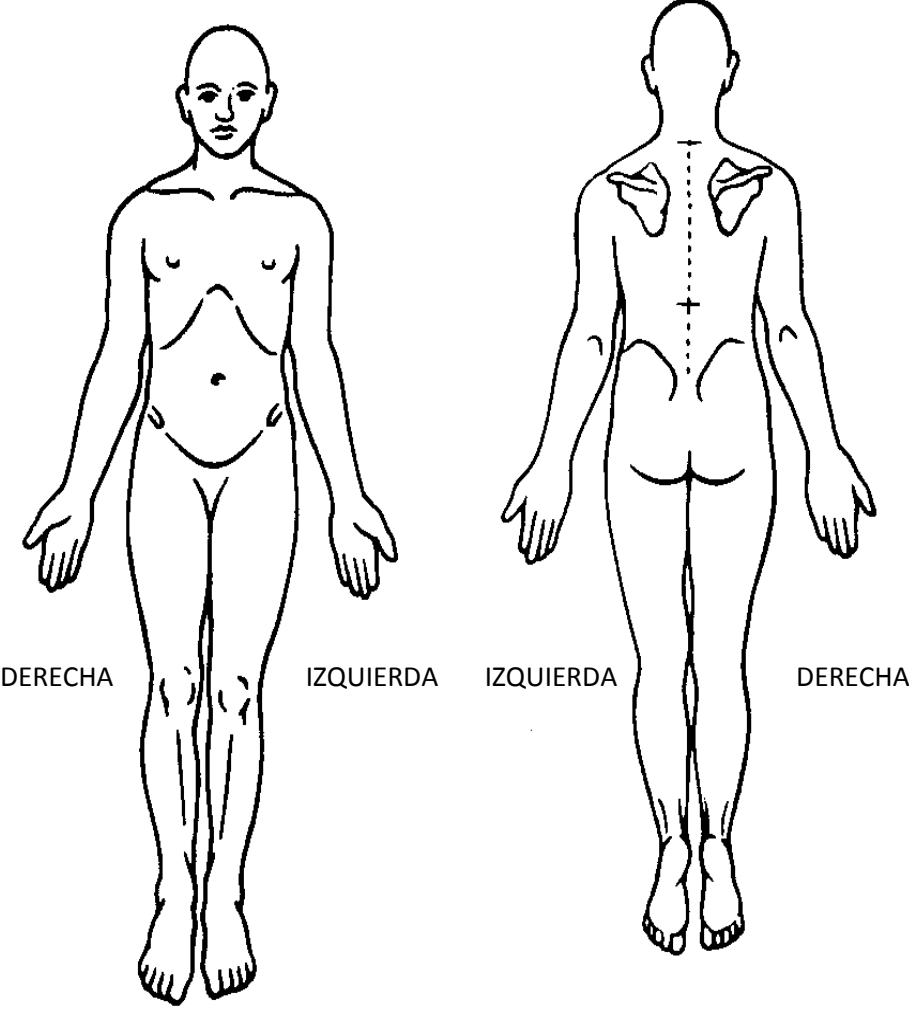
Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_ Razón por cual toma: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_ Razón por cual toma: \_\_\_\_\_

Actualmente no estoy tomando ningún medicamento

# Rancho Physical Therapy

## EVALUACION DEL DOLOR GRAFICO

| INTENSIDAD DEL DOLOR            | LOCALIZACION DEL DOLOR<br>DIAGRAMAS DE CUERPO                                       |
|---------------------------------|---|
| 10 El peor dolor que podría ser |  |
| 9 Insoportable                  |   |
| 8                               |   |
| 7 Grave                         |   |
| 6                               |   |
| 5 Moderado                      |   |
| 4                               |   |
| 3 Leve                          |   |
| 2 Ligero                        |   |
| 1                               |   |
| 0 No hay dolor                  |   |

1. Dibuje una línea en la escala de intensidad de dolor en el punto que mejor describa su dolor en el momento actual.
2. Dibuje la ubicación de sus quejas de dolor en los diagramas de cuerpo ubicados en esta página.
3. Si usted tiene otros síntomas, como hormigueo o entumecimiento, dibuje estas como una línea de puntos.

Por favor, describa los detalles de su lesión, incluyendo la fecha de la lesión y cualquier tratamiento de la lesión: