

Formulario de admisión del paciente

Información del paciente

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre ____ SSN _____
Dirección _____
Dirección 2 _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono móvil _____
Fecha de Nacimiento _____ Género _____ Estado Civil _____ Email _____

Contacto de emergencia

Apellido _____ Relación _____
Nombre _____ Número de Teléfono _____

Empleador

Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Problema

Description del Problema _____ Fecha de la Lesión _____
Referido Por _____ Médico de Atención Primaria _____
Información de Referencia más reciente _____ Accidente de vehículo de motor? _____
Notas: _____ Eso ocurrió en: _____

Seguro primario

Seguro _____ Deducible _____ Suscriptor Nombre _____
ID _____ Beneficio Máximo _____ Relation _____
de grupo _____ Copago _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguro Secundario

Seguro _____ Deducible _____ Suscriptor Nombre _____
ID _____ Beneficio Máximo _____ Relation _____
de grupo _____ Copago _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguro de Propiedad

Seguro _____ Deducible _____ Suscriptor Nombre _____
ID _____ Beneficio Máximo _____ Relation _____
de grupo _____ Copago _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorizo la divulgación de la información solicitada por mi plan de seguro para el pago.

Entiendo que soy responsable de cualquier saldo adeudado.

Acepto cumplir con los términos descritos en el formulario de registro de pacientes.

Nuestra política de cancelación es la siguiente: Todas las cancelaciones deben realizarse con al menos 24 horas de anticipación o se cobrará un cargo de \$ 200 y se adecuará inmediatamente.

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

(Tiene derecho a negarse a firmar este reconocimiento si así lo desea).

Firma: _____ Fecha: _____

Historial Médico

Nombre: _____

Médico de Atención Primaria: _____

Médico Referente: _____

¿Ha estado experimentando alguno de los siguientes? (Marque todos los que correspondan)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos | <input type="checkbox"/> Mareos / Aturdimiento | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Pérdida /Ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Acidez de estómago / indigestión | <input type="checkbox"/> Desmayo |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener el Equilibrio | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Cambios en la Función Intestinal / Vesical | |

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones? (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho / angina | <input type="checkbox"/> tuberculosis | <input type="checkbox"/> osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> neumonía |
| <input type="checkbox"/> estreñimiento | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> problemas de hígado |
| <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo | <input type="checkbox"/> ojo |
| <input type="checkbox"/> fiebre / escalofríos / sudores | <input type="checkbox"/> debilidad muscular | <input type="checkbox"/> problemas de circulación |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> epilepsia |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> úlceras |
| <input type="checkbox"/> coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> otras condiciones artríticas | <input type="checkbox"/> ansiedad |
| <input type="checkbox"/> infección de la vejiga / tracto urinario | <input type="checkbox"/> enfermedad pélvica inflamatoria | |
| <input type="checkbox"/> cirugías _____ | | |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> problema / infección renal | |
| <input type="checkbox"/> infección de huesos o articulaciones | <input type="checkbox"/> enfermedad de transmisión sexual / HIV | |
| <input type="checkbox"/> dependencia química (alcoholismo) | | |

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Dominio de la Mano: | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Derecho |
| ¿Tiene restricción de trabajo de su médico? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Eres sensible al látex? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usas tabaco? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tienes un marcapasos? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

¿Está embarazada actualmente o cree que podría estarlo? Si No

¿Actualmente o ha recibido asesoramiento psicológico? Si No

¿Actualmente o ha recibido asesoramiento psicológico? Si No

¿Ha tenido dos o más caídas en el último año? Si No

Mis síntomas son actualmente: Mejorando empeorando permaneciendo más o menos igual

¿Alguna vez te has sentido inseguro en casa o alguien te has golpeado o tratado de lastimarte de alguna manera? Si No

¿Recibe actualmente atención médica domiciliaria de una enfermera o fisioterapeuta? Si No

¿Cómo limita su condición actual su capacidad para realizar lo que ama hacer?

Cuéntanos cómo nos encontraste:

Mi doctor me refirió a Allied Physical Therapy

Un amigo / familiar me refirió

Otro _____

Lista de Medicamentos

Enumere todos los medicamentos, incluidos todos los medicamentos recetados, los medicamentos de venta libre, las hierbas, las vitaminas, los minerales y los suplementos dietéticos. Incluya la dosis, la frecuencia y el método administrativo de cada medicamento.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Método de administración
		<input type="checkbox"/> según sea necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> dos veces al día <input type="checkbox"/> tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> según sea necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> dos veces al día <input type="checkbox"/> tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> según sea necesario <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> dos veces al día <input type="checkbox"/> tres veces al día <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Inyección subcutánea <input type="checkbox"/> Otro:

Alergias: Enumere los medicamentos a los que es alérgico:

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente, doy mi consentimiento para dicho tratamiento por parte del personal autorizado con licencia de Allied Physical Therapy que pueda ser dictado por una prudente práctica médica por mi enfermedad, lesión o condición.

Gracias por darnos la oportunidad de servirle. Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior o cualquier duda con respecto a la cobertura de su seguro, solicite ayuda.

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

He leído y entiendo completamente el Aviso de prácticas de información para el paciente de Allied Physical Therapy. Entiendo que Allied Physical Therapy puede usar o divulgar mi información de salud personal con el propósito de llevar tratamiento, obtención de pago, evaluación de la calidad de los servicios prestados y las operaciones administrativas relacionados con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo derecho a restringir la forma en que mi salud personal la información se usa y divulga para tratamiento, pago y operaciones administrativas si notifico a la práctica.

Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud personal para los fines indicados en Allied Aviso de prácticas de información para el paciente de fisioterapia. Entiendo que me reservo el derecho de revocar este consentimiento notificando la práctica por escrito.

Consentimiento de recordatorio de cita

Complete y firme a continuación para dar su permiso para que Allied Physical Therapy proporcione servicio de recordatorio de citas por correo electrónico o por mensaje de texto por teléfono celular.

Email: _____

Recordatorios telefónicos: _____

Texto: _____

Proveedor de telefonía

AT&T Boost Mobile Cingular Cricket Wireless MetroPCS

Sprint PCS T-Mobile US Cellular Verizon Virgin Mobile

Política de cancelación

Todas las cancelaciones deben hacerse con al menos 24 horas de anticipación o se cobrará un cargo de \$200 y se adeudaba inmediatamente.

Firmar

Fecha