



Información Personal

Nombre: _____

Empleado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

de seguro social: _____

Ciudad: _____ Edo. ____ Código postal: _____

Dirección: _____

Número de trabajo: _____

Ciudad: _____ Edo. ____ Código postal: _____

Ocupación: _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____ Relación a Usted: _____

Médico de referencia: _____ Médico primario: _____

Por favor marque **cómo se enteró inicialmente de Pro-PT?**

Médico Paciente Anterior Familia/Amigo Entrenador Sitio Web Facebook Otros Medios: _____

Aseguranza Medica

Nombre del plan primario: _____

Nombre del plan secundario: _____

ID: _____

ID: _____

Grupo: _____

Grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Preguntas importantes

¿Está recibiendo **atención médica en el hogar** de enfermera, PT, OT o terapeuta del habla? Sí No

¿Ha tenido alguno de los siguientes servicios **este año**? Si es así, indique el sitio y # de visitas:

Fisioterapia Sí No Sitio: _____ # de visitas: _____

Terapia ocupacional Sí No Sitio: _____ # de visitas: _____

Terapia cardiaca Sí No Sitio: _____ # de visitas: _____

Quiropráctica Sí No Sitio: _____ # de visitas: _____

Terapia del habla Sí No Sitio: _____ # de visitas: _____

Es una **reclamación de compensación del trabajo**? Sí No Fecha de la lesión: _____

Fue un **accidente de vehículo**? Sí No Fecha de accidente: _____



Información Médica

En sus propias palabras, por favor **explique** su problema:

Por favor de indicar cuando comenzó su problema:

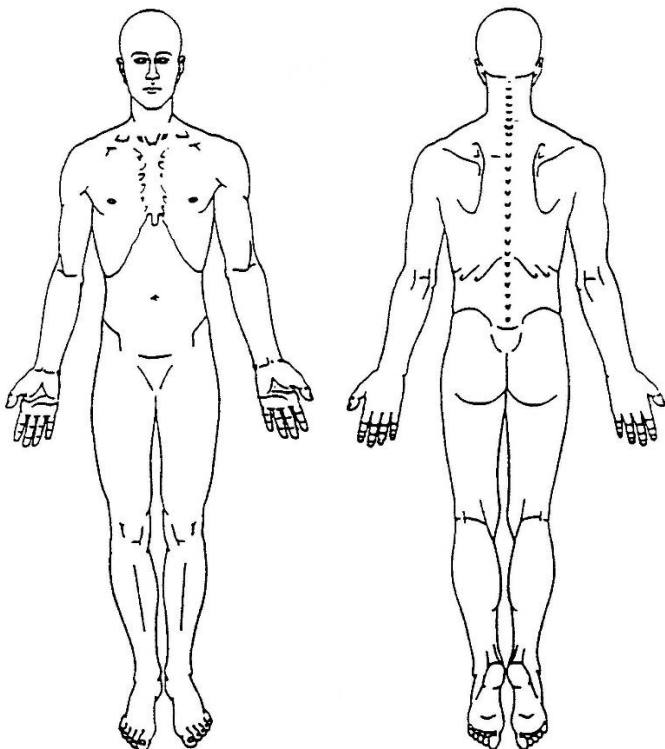
Fecha de inicio del problema: _____ Fecha de la cirugía, si corresponde: _____

Por favor de indicar **con qué frecuencia** sus síntomas están presentes:

constantemente intermitentemente nunca

¿Desde el inicio de sus síntomas, usted está? Mejorando Empeorando No ha cambiado

Utilizando la imagen del cuerpo, indique por favor **donde** siente sus síntomas:



Marque por favor **todas** las opciones que **describen** su dolor:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ardiente | <input type="checkbox"/> Truena | <input type="checkbox"/> Hormigueo | <input type="checkbox"/> Falla |
| <input type="checkbox"/> Dolores | <input type="checkbox"/> Hace clic | <input type="checkbox"/> Dolor molesto | |
| <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Adormecido | <input type="checkbox"/> Adolorido | |
| <input type="checkbox"/> Punzante | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Marque por favor **las** actividades que **agravan** su dolor:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caminando por mucho tiempo | <input type="checkbox"/> Agachándose |
| <input type="checkbox"/> Sentándose por mucho tiempo | <input type="checkbox"/> Al ponerse de pie |
| <input type="checkbox"/> Acucillándose | <input type="checkbox"/> Parándose |
| <input type="checkbox"/> Brincando | <input type="checkbox"/> Acostándose |
| <input type="checkbox"/> Corriendo | <input type="checkbox"/> Otra actividad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arrodillándose | |
| <input type="checkbox"/> Subiendo escalones | |

Marque por favor **las** actividades que **disminuyan** su dolor:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Al no moverse | <input type="checkbox"/> Sentándose | <input type="checkbox"/> En la mañana |
| <input type="checkbox"/> Al moverse | <input type="checkbox"/> Caminando | <input type="checkbox"/> Al progresar el día |
| <input type="checkbox"/> Acostándose | <input type="checkbox"/> Agachándose | <input type="checkbox"/> En la tarde |
| <input type="checkbox"/> Parándose | <input type="checkbox"/> Otra actividad _____ | |

Usando la escala de abajo, marque el nivel de dolor que tenga menos durante el día y también marque el más alto dolor.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Sin dolor					Dolor intolerable					

Lumbar, Extremidad inferior



Por favor identifique **3 actividades importantes** que usted es incapaz de hacer, o tiene dificultad haciendo debido a su problema. Por ejemplo: deporte, actividad recreativa, jugar con niños o nietos, actividades específicas de trabajo:

- 1.
- 2.
- 3.

Por favor indique qué tipo de **imágenes diagnósticas** ha recibido para esta lesión:

Radiografía IRM Tomografía Computada Tomografía ósea Resultados: _____

Por favor liste **todos los medicamentos** que está tomando o **proporcione una lista** que podamos copiar:

Actualmente no estoy tomando ningún medicamento

Medicaciones

Por favor escriba cualquier **alergia**: _____

Por favor **indique si tiene o ha tenido** cualquiera de los siguientes:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Alergia al látex |
| <input type="checkbox"/> Colocación de stent -Fecha: | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral/Embolia: | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica/psicológica |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco- Fecha: | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Problemas vesicales | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C) |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Caídas | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Mareos, vértigo | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otra condición: |
| <input type="checkbox"/> EPOC (COPD) | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Náuseas, vómitos | |

Por favor escriba **cirugías importantes** que ha tenido:



Poliza Financiera

Por favor, **lea lo siguiente y ponga sus iniciales** a cada declaración indicando que usted ha leído y comprendido la póliza financiera de PRO-PT.

Inicial

_____ Todos los co-pagos y las porciones son responsabilidad del paciente al tiempo de servicios (cuando sea aplicable) como se indica en el formulario financiero que se le a proporcionado por PRO-PT en el momento de la evaluación inicial.

_____ Pago se debe en su totalidad al momento del servicio a menos que otros arreglos se haigan hecho. Usted es responsable de todos los bienes duraderos en el momento de la aceptación de la mercancía. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, y algunos tipos de tarjetas de crédito. PRO-PT pondrá en marcha un plan de pago de balances en forma individual, según se considere necesario.

_____ Si el pago no se recibe de la compañía de seguros o de algun tercer responsable en 90 días, tenemos el derecho de cobrarle a usted directamente. Por favor notifiquenos inmediatamente de cualquier cambio en su seguro o cobertura.

_____ Veinticuatro horas de anticipación se requiere para las copias de los registros médicos y puede haber un honorario nominal.

PRO-PT reserva el derecho de cobrar \$ 25 por cualquier cita donde el paciente no se presenta o no cancela dentro de un período de 24 horas de su cita.

_____ Sé que la verificación no es una garantía de pago y que yo soy responsable de los saldos pendientes que quedan después de mi seguro.

Autorizo a PRO-PT para proporcionarme servicios de terapia física y proporcionar más información a mi compañía de seguros, el portador de compensación al trabajador, trabajador social, abogado, y mi médico acerca de mi lesión y tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados.

Firma: _____ Fecha: _____

Compensación de trabajador

Inicial

_____ **WC** – Yo entiendo que si no me presento o no canelo dentro de un periodo de 24 horas de mi cita que PRO-PT tiene una obligacion a notificar a mi ajustador.

_____ **VA** – Yo entiendo que si no me presento o canelo excesivo mi tratamiento puede ser finalizado.

Autorizo a PRO-PT para disponer servicios de terapia fisica y de màs informacìon a mi compensaciòn del trabajador mi medico acerca de mi lesion y tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____