



INFORMACIÓN DEL PACIENTE ADULTO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - PT

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Apellido Primer MI

DIRECCIÓN: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa _____ Celular: _____ Trabaja: _____

Sexo: M F Otro Prefiero no especificar Género Preferido Pronombre: _____
(encierra en un círculo)

Estado civil soltero _____ Casado _____ Estudiante: FT _____ PT _____ N / A _____

Persona de contacto de emergencia: _____
Nombre Relación Teléfono

EMPLEO

Empleador: _____ Título profesional: _____

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____ Ext.: _____

Estado (marque apropiado): Tiempo completo _____ Tiempo parcial _____ Desempleados _____ Jubilado _____

SEGURO

TIPO: Privado Seguro médico del estado _____ Auto _____ Compensación al trabajador Otro _____
Especificar

Compañía de seguros primaria: _____

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____

Agente/Ajustador: _____

Política #: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado (si es diferente del paciente): _____

Compañía de Seguros Secundaria: _____

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____

Política #: _____ Nombre del asegurado: _____

MÉDICO

Nombre del Médico Referente: _____

Nombre del médico de familia (si es diferente): _____

Motivo de la fisioterapia: _____ ¿La terapia se debe a un accidente
automovilístico? Sí No

Fecha de la lesión: _____ ¿Algún PT anterior para problemas actuales? Sí No

¿Qué otros tratamientos se han probado? _____

¿Cuál fue el resultado? _____

HISTORIA

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Presión arterial alta	SÍ NO	Sensible al calor/hielo	SÍ NO
Enfermedad cardíaca	SÍ NO	Alergias	SÍ NO
Ataque al corazón	SÍ NO	Hernia	SÍ NO
Marcapasos	SÍ NO	Convulsiones	SÍ NO
Diabetes	SÍ NO	Implantes Metálicos	SÍ NO
Dolores de cabeza	SÍ NO	Mareos	SÍ NO
Problemas renales	SÍ NO	Problemas de equilibrio	SÍ NO
Trastorno nervioso	SÍ NO	Problemas de visión	SÍ NO
Problemas de audición	SI NO	Cáncer	SÍ NO
Problemas del Habla	SÍ NO	Hospitalizaciones Previas	SI NO

En caso afirmativo en cualquiera de los anteriores, explique y proporcione fechas aproximadas: _____

¿Actualmente está tomando algún medicamento? Lista _____

¿Cuál es tu ocupación? _____ Describe los requisitos físicos de ese trabajo: _____

¿Tiene dificultad con alguna de las siguientes actividades?*(por favor sea específico: límites de tiempo, distancia, pesos, etc.)?*

Sesión _____	Durmiendo _____
De pie _____	Cuidado personal _____
Caminando _____	Levantamiento _____
Conduciendo _____	Otro _____

¿Está embarazada o existe la posibilidad de que esté embarazada? _____

Enumere las cirugías pasadas y la fecha de las cirugías (aprox.-ok): _____

¿Qué beneficios espera obtener de la fisioterapia? Por favor sea específico:

A. _____
B. _____
C. _____

La información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

He leído y entiendo completamente el Aviso de Prácticas de Información de la HIPAA de Sports & Wellness Physical Therapy. Entiendo que Sports & Wellness Physical Therapy puede usar o divulgar mi información de salud personal con el fin de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo derecho a restringir cómo se usa y divulga mi información personal de salud para tratamiento, pago y operaciones administrativas si notifico a la práctica. También entiendo que Sports & Wellness Physical Therapy considerará las solicitudes de restricciones caso por caso, pero no tiene que aceptar las solicitudes de restricciones. Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información personal de salud para los fines que se indican en el Aviso de prácticas de información de HIPAA de Sports & Wellness Physical Therapy. Entiendo que retengo el derecho de revocar este consentimiento notificando a la práctica por escrito en cualquier momento.

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento y autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Sports & Wellness Physical Therapy los beneficios médicos que de otro modo se me pagarían a mí, y seré responsable ante Sports & Wellness Physical Therapy por todos los gastos relacionados con el tratamiento prestado que no se haya pagado en virtud de este plan. Entiendo que se me puede cobrar un cargo por cancelación de \$50 si cancelo una cita con menos de 6 horas de anticipación o si no me presento a una cita.

Firma: _____ **Fecha:** _____