



Información del paciente		Dirección de correo electrónico: _____	
Nombre:	Apellido:	Inicial Media:	Fecha: / /
Dirección:		Ciudad:	Estado: CP:
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	S.S. #: - -
Teléfono fijo: () -	Teléfono alternativo (Móvil, Busca): () -		Cónyuge:
Escoje clínica porque/ Referido a la clínica por <input type="checkbox"/> Dr.: <input type="checkbox"/> Plan de Seguro <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo			
<input type="checkbox"/> Anterior paciente <input type="checkbox"/> Cerca del trabajo/casa <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Señal de la calle <input type="checkbox"/> Otro:			
Información de trabajo			
Empleador:		Teléfono del trabajo () -	Ext.
Ocupación:	Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado		
Información proveedor de atención			
Referencia al Dr:		Referencia teléfono Dr.: () -	
Regular Dr./PCP		Teléfono Regular Dr./PCP: () -	
Información de seguro		(Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista)	
Nombre del seguro principal:			
Nombre del suscriptor (si es diferente):			Fecha de nacimiento: / /
ID. #:	Grupo / Póliza #		
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro:			
Nombre del seguro secundario:			
Nombre del suscriptor:			Fecha de nacimiento: / /
ID. #:	Grupo / Póliza #		
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro:			
Reclamación de lesiones de coche o trabajo		(Por favor proporcione su información de seguro como apoyo)	
Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Coche:		<input type="checkbox"/> Trabajo e industria:	
Ajustador / Gerente de la reclamación:		Teléfono:	Ext.:
Dirección:		Ciudad	Estado: CP:
Reclamación #:	Fecha del accidente: / /	Causa:	
Información del abogado			
Nombre:		Despacho de abogados:	Teléfono: () -
Dirección		Ciudad	Estado: CP:
En caso de emergencia			
Nombre de un amigo o familiar local (que no viva en la misma dirección):			
Relación con el paciente:		Teléfono fijo: () -	Teléfono del trabajo: () -

He leído y acepto lo anterior, incluida la autorización para divulgar mi información médica a los destinatarios mencionados. Además, autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Sumner Physical Therapy y autorizo a dicha práctica a divulgar cualquier información requerida para procesar mi reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo restante.

Firma del paciente / tutor

Fecha



Formulario de historial médico pasado

Nombre del paciente _____

Presión sanguínea	SÍ	NO	Condiciones de las articulaciones	SÍ	NO
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidad superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocación extremidad inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón	SÍ	NO	Otras condiciones	SÍ	NO
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad aterosclerótica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene un marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición de los músculos	SÍ	NO	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Túnel carpiano I/D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo de tenista I/D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vista pobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas espalda / cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desvanecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimiento limitado de miembros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer (present o historia de)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones	SÍ	NO	Otro: _____		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Ejercicio	Actividad laboral	Nivel de estrés	Hábitos
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Fumar Paquetes al día _____
<input type="checkbox"/> 1-2xSemana	<input type="checkbox"/> De pie	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alcohol Bebidas a la semana _____
<input type="checkbox"/> 3-4xSemana	<input type="checkbox"/> Trabajo ligero	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Café/Soda Tazas a la semana _____
<input type="checkbox"/> 5+ xSemana	<input type="checkbox"/> Trabajo pesado		

¿Qué tipos de ejercicios lleva a cabo? : _____

¿Qué cosas causan estrés en su vida? : _____

¿Está tomando alguna medicina para convulsiones? SÍ NO Si es que sí enumere el nombre: _____

¿Está tomando alguna medicación que pueda afectar a sus pulmones, corazón, consciencia o bienestar general mientras está participando en la terapia?

SÍ NO Si es que sí enumere el nombre: _____

Enumere todas las medicaciones que está tomando actualmente: _____

Enumere todas las cirugías en los pasados dos años (Incluyendo fechas): _____

¿Está embarazada? SÍ NO ¿De cuántas semanas?: _____

¿Ha tenido alguna lesión relacionada con el trabajo? SÍ NO Si es que sí enumere la parte del cuerpo y la fecha: _____

Ha tenido algún accidente de coche SÍ NO Si es que sí enumere la parte del cuerpo y la fecha: _____

¿Ha tenido terapia física o terapia de masajes antes? SÍ NO Dónde: _____

Firma del paciente, padre tutor, representante personal

Fecha



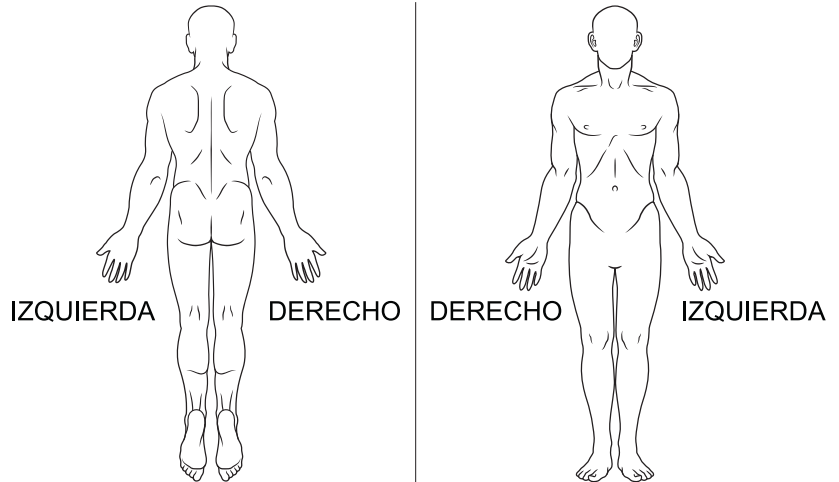
Informe de Estado de Dolor y Síntomas

Nombre _____ Fecha _____

Utilizando los siguientes símbolos, dibuje en la ubicación de los contornos del cuerpo, el tipo de dolor que está experimentando.

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| Dolor
MMM
M | Quemadura

-- | Entumecimiento
0 0 0 0
0 0 0 |
| Punciones y agujas
□ □ □ □ □ □
□ □ □ □ | Puñaladas
///// | Otros
x x x x
x x x |



Motivo de Consulta y Escala Visual Analógica

Mi motivo de consulta es: _____

Fecha del primer síntoma de su problema ha tenido lugar el: _____

Segundo motivo: _____

Tercer motivo: _____

Por favor redondee en la escala de la parte inferior para indicar su nivel de dolor actual:												
Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor muy malo
Por favor redondee en la escala de la parte inferior para indicar su nivel de dolor medio:												
Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor muy malo
Por favor redondee en la escala de la parte inferior para indicar su peor nivel de dolor:												
Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor muy malo

Comentarios adicionales: _____



CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta práctica utilizará su información de salud protegida, conocida como Sumner Physical Therapy, o la divulgará a otros para fines de tratamiento, obtención de pagos o apoyo para las operaciones diarias de atención médica de la práctica.

Le proporcionamos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Le solicitamos que revise el aviso antes de firmar este consentimiento. Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida. Si desea restringir su divulgación, debe hacer esa solicitud por escrito.

Sin embargo, esta práctica puede o no aceptar restringir la divulgación de su información de salud protegida.

Si aceptamos su solicitud, las restricciones serán vinculantes. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los estándares federales de privacidad.

Puede revocar el consentimiento para el uso y divulgación de su información de salud protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha de recepción de su revocación del consentimiento no se verá afectado.

Esta práctica se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

FIRMA

He revisado este formulario de consentimiento y he revisado el Aviso de prácticas de privacidad. Doy mi permiso a esta práctica para usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con ella.

Nombre del Paciente (letra clara)

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente

Relación del Representante del Paciente con el Paciente