

Historia Paciente:

El nombre: _____

Fecha : _____

Nombre

Apellido

Género: M F

¿Ha tenido usted terapia previa para esta lesión? **Sí / No**

Si sí, ¿Cuándo? _____ Por cuantos días - Cuántas semanas? _____ Semanas que asistió? _____

¿Cuál es su meta al final de la rehabilitación física? Verifique todo que aplica:

- Mejorar sus actividades en casa
- Mejorar la movilidad en sus actividades
- Disminuir o eliminar dolor/molestia
- Mejorar en sus actividades deportivos
- Mejorar sus actividades
- Volver a trabajar: Otro

1. ¿Cuál es el **PRINCIPAL** motivo de su visita? _____

2. Usted tiene problema para dormir: **Sí / no**

Sus horas normales de sueño _____

Horas actuales de sueño _____

3. Circule por favor su nivel de dolor para lo siguiente:

¿Qué es su dolor parado?

Sin dolor Dolor cronico
 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

¿Qué es su dolor con actividad?

Sin dolor Dolor cronico
 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

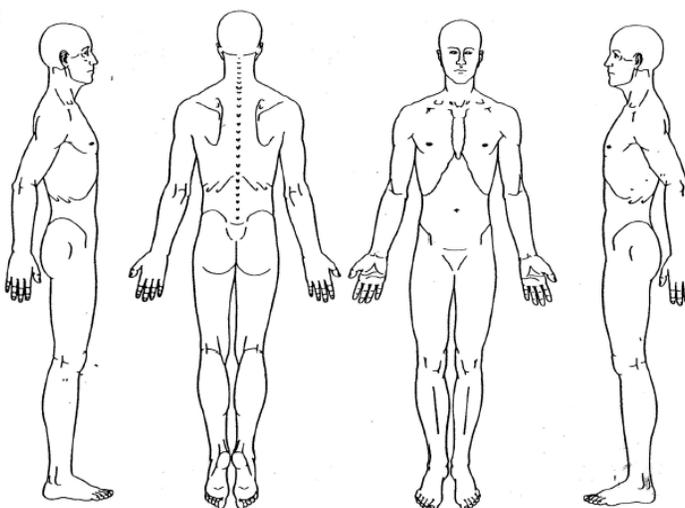
4. Cual era su nivel de actividad física antes del incidente?

- Medio
- Bajo
- Alto

5. Cual es su nivel de actividad física actual?

- Medio
- Bajo
- Alto

6. **Oscurezca las áreas donde usted tiene problemas:**



Si tuvo o tiene alguno de los siguientes por favor (circule sí o no) :

Problemas cardíacos	Sí	No	Tuvo un embolio	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Hipertensión	Sí	No	circulación Pobre	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Mareo a Desmayo	Sí	No	injertos de Metal	Sí	No	Marcapasos	Sí	No
Le falta el aire	Sí	No	enfermedad Neurológica	Sí	No	Artritis	Sí	No

Tiene actualmente cualquiera de lo siguiente (circule por favor sí o no) :

- ¿Sufre usted de incontinencia urinaria? **Sí** **No**
- ¿Sufre usted de incontinencia intestinal? **Sí** **No**
- ¿Existe alguna posibilidad de que usted este embarazada? **Sí** **No**
- ¿Se callo en el año pasado? **Sí** **No**

Para esta herida/indisposición tuvo un: **RM** **Sí** **No** **RAYOS X** **Sí** **No**

Tuvo alguna cirugía reciente? **Sí** **No**

Si sí favor de explicar y de las fechas de su hospitalización: _____

Explique cómo ocurrió esta herida: _____

Por favor mencione cualquier otra problema de salud : _____

Medicinas: Nombre _____ Dosis _____ Nombre _____ Dosis _____

FACTURAR INFORMACIÓN:**El Seguro primario:**

Sométa Reclamos a: _____ Número de Poliza: _____ Grupo #: _____

El Nombre en la Poliza (si de otra manera que paciente) : _____ La Relación de el Paciente: _____

La Fecha de Nacimiento de Primario Asegurado: _____ El Número del seguro social para Primario Asegurado: _____

Si usted puso Medicare como su Seguro Primario – son usted o su esposo activamente empleado **SÍ / No

**Si usted puso Medicaid como su Seguro Primario – lista sumédico primario de cuidado _____

EL USO DE OFICINA SÓLO

Ins. Verified Date _____ Contact/Adjuster _____ Phone _____

Effective date _____ Annual Deductible _____ Met _____ OOP _____ Met _____

Copay _____ %Pay _____ Allowable Visits _____ # Visits Met _____ Pre-Auth: Yes/No _____

Claims mailing address _____

Workers Comp. – Date of Injury _____ Disputes on file: Yes/No _____

Compensable Injury _____

Notes: _____

Seguro Secundario (si aplicable) :

Sométase Reclamos a: _____ Número de Poliza: _____ Grupo #: _____

El Nombre en la Poliza (si de otra manera que paciente) : _____ La Relación de el Paciente: _____

La Fecha de Nacimiento de Primario Asegurado: _____ El Número del seguro social para Primario Asegurado: _____

El Partido Responsable:

**Si usted es un menor o otra persona será responsable de su cuenta lista por favor el partido responsable abajo:

La persona responsable de cuenta: _____ la Relación de al Paciente: _____

Teléfono: El Teléfono celular: _____ El Teléfono: _____ Work: _____

Dirección Actual: _____

Calle

Cuidad

Estado

Codigo Postal

ASIGNATURA DE BENEFICICOS:

Yo, _____, le doy permiso a la compania de _____ de pagar con un cheque a nombre de y mandarlo por correo a **Total Rehabilitation de Harlingen**. Este pago no exidira mis duedas a la compania de Total Rehabilitaion de Harlingen. **Esta es una asignatura directa a mis derechos y beneficios bajo mi poliza**. Una foto copia esta Asignatura sera y podria ser tan efectiva como la original.

AUTORIZACION PARA DAR DE BAJA MIS ARCHIVOS MEDICOS

Yo tambien autorizo a Total Rehabilitaion de Harlingen, a dar de baja mis archivos medicos en caso de que cualquier aseguro, ajustador, o un abogado ester involucrado en este caso.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo autorizo el personal de Total Rehabilitación para emprender tales tratamientos y procedimientos que considere adecuados para mejorar mi condición. Se reconoce que la práctica de terapia física no es una ciencia exacta y, como tal, no hay garantías han hecho a mí sobre el resultado del tratamiento. Se me ha informado de que el pleno derecho a una explicación completa de cualquier tratamiento o procedimiento utilizado. Permito experimentan un aumento en mi nivel actual de dolor o molesta es normalmente temporal y me pondré en contacto a mi terapeuta si no remite. Entiendo que tengo el derecho a rechazar el tratamiento: pero, al hacerlo, también entender que el resultado deseado de mi programa de tratamiento puede ser afectado. Persistente negativa a participar o colaborar en el programa de tratamiento recomendado puede resultar en mi descarga del programa.

POLIZA DE PRIVACIDAD Y DE ASEGUOR

Los biles seran mandados al primer y al segundo aseguro como una cortezia al paciente. Los pacientes seran responsables por su percentage,co-pago, y/0 deducibles que el aseguro no page. Arreglos de pagos podran ser establesidos hablan a la oficina de biles.

Según mi leal saber y entender, la información paciente, la historia pacientes y facturar que información es completa y basada en hechos. Informaré cualquier cambio en mi cobertura para Totalizar Rehabilitación tan pronto como posible para evitar complicaciones en el alcance y facturar oportuno las prácticas. A firmar debajo de comprende que yo (el paciente o el partido responsable) soy últimamente financieramente responsable del alcance de mis cargas de fisioterapia.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

La firma de Persona Responsable: _____ Fecha: _____

La relación de paciente: _____ El nombre del niño/a: _____