



Nombre: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Otros: _____

Dirección de correo Electrónico: _____ Médico Primario: _____

Fecha de la Lesión: _____ Compensación del Trabajador: SI - NO Accidente de Auto: SI - NO

Médico Primario: _____ Referente: _____

Abogado: SI - NO (En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección del abogado: _____)

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Proporcionar copias de las tarjetas del Seguro

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Relación: _____ Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Otro: _____

Guardián de la Información (si el cliente es menor de 17 años):

Nombre: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Otros: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

ACUERDO DE NO ASISTENCIA Y CANCELACION

Su recuperación es importante para nosotros. Sus citas son esenciales para la recuperación. Le pedimos que notifique Terapia Física Armada con 24 horas de antelación de cualquier cancelación, para que su terapeuta pueda tratar a otro paciente durante ese intervalo de tiempo. Todos los pacientes que no proporcionen 24 horas de antelación o que no se presenten a su cita están sujetos a un cargo de \$ 40.00.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Información de salud

Historial Médico

Alguna vez ha sido diagnosticado con:

Cáncer	Si/No	Asma	Si/No
Diabetes	Si/No	Fiebre Reumática / Fiebre Escarlatina	Si/No
Hipertension o presión arterial alta	Si/No	Hepatitis / Ictericia	Si/No
Enfermedades del corazón	Si/No	Cirrosis/ Enfermedad del hígado	Si/No
La angina de pecho o dolor de pecho	Si/No	Desórdenes neurológicos	Si/No
Dificultad para respirar	Si/No	Bronquitis Crónica	Si/No
Ictus / AIT	Si/No	Neumonía	Si/No
Cálculos renales / enfermedades	Si/No	Enfisema / COPD	Si/No
Infección del tracto urinario	Si/No	Migrañas	Si/No
Alergias	Si/No	Úlceras/ Problemas Estomacales	Si/No
Hipoglicemia	Si/No	Artritis / Gota	Si/No
Incontinencia de vejiga o el intestino	Si/No	Trastornos de la Tiroides	Si/No

Otros: _____

Exámenes médicos

1. Por favor, indique todos los medicamentos, vitaminas o suplementos que usted está tomando actualmente.

2. Recientemente, ¿Ha sido sometido a algún tratamiento de imágenes médicas como rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada o ultrasonido? Si/No

3. ¿Ha tenido algún trabajo de laboratorio hecho recientemente (análisis de orina o de sangre)? Si/No

4. Por favor, indique la fecha y el tipo de cualquier cirugía que haya tenido.

Salud general

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad reciente en las últimas 3 semanas? Si/No

2. ¿Tiene alguna herida que no ha sido curada? Si/No

3. ¿Ha tenido algún cambio en el tamaño, forma o color de una verruga o lunar? Si/No

4. ¿Ha tenido algún aumento de peso o pérdida inesperada en el último mes? Si/No

5. ¿Ha sentido mareos o desmayos? Si/No

6. ¿Ha estado experimentando fatiga o debilidad inusual en las últimas 3 semanas? Si/No

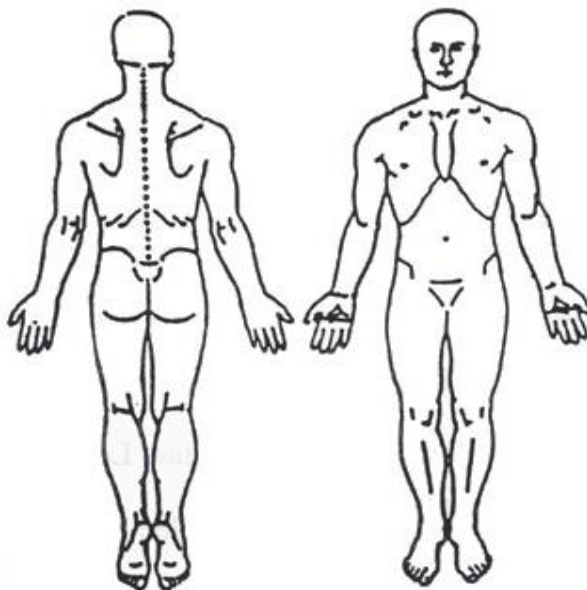
7. ¿Está actualmente o posiblemente podría estar embarazada? Si/No



Diagrama de Cuerpo

Instrucciones:

En el diagrama ilustrado a continuación, por favor indique dónde se encuentra su dolor en el momento actual. Por favor, no señale las áreas de dolor que no están relacionados con su lesión presente o condición.



Indicar en la línea de abajo cómo describiría su dolor actual, colocando una marca en la línea entre los dos extremos. Ningún dolor en absoluto ó el dolor más fuerte que alguna vez has sentido.



¿Cómo describiría su dolor?

- Agudo
- Ardiente
- Hormigueo/Entumecimiento
- Otro: _____

ARMADA PHYSICAL THERAPY

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO

Por medio del presente acuerdo, doy mi consentimiento para que Armada Terapia Física suministre el cuidado y tratamiento médico a _____ que se considera necesario y apropiado para diagnosticar o tratar su estado físico y mental.

Paciente / Tutor / Responsable de la Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION DE BENEFICIOS ASIGNACIÓN-FINANCIERA RESPONSABILIDAD-ENTREGA DE INFORMACIÓN

Autorizo a Armada Terapia Física para brindar a la aseguradora cualquier información necesaria para el pago de cualquier reclamo. Yo autorizo el pago en Armada Terapia Física de mi compañía de seguros o tercer pagador.

Estoy de acuerdo en pagar cualquier co-pago aplicable en el momento de servicio y coseguro y / o deducibles según lo acordado entre Armada Fisioterapia y yo. Entiendo y acepto que mis beneficios de seguros pueden cubrir todos los cargos y que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro de salud o tercer pagador. Entiendo y acepto que, de no realizar cualquiera de los pagos de los cuales soy responsable en el momento oportuno, seré responsable por los costos, incluyendo los costos judiciales, gastos de recaudación, y los honorarios del abogado.

Lo anterior puede no aplicarse para aquellos pacientes que se consideran compensación del trabajador. Sin embargo, tenga en cuenta que si usted está reclamando beneficios de compensación del trabajador y, posteriormente, se le niegan tales beneficios, usted puede ser considerado responsable de la cantidad total de los cargos por los servicios prestados a usted.

Una fotocopia de esta autorización debe ser considerada tan válida como el original. Con mi firma, autorizo Armada Terapia Física, para liberar toda la información necesaria, incluyendo registros médicos, para garantizar el pago.

Paciente / Tutor / Responsable de la firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

He tenido la oportunidad plena de leer el Aviso de las Prácticas de Privacidad de Armada Terapia Física. Entiendo que, al firmar este consentimiento autorizo a Armada Terapia Física para usar y divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. (Yo entiendo que los términos de este aviso pueden cambiar con el tiempo, y Armada Terapia Física deberá publicar la notificación actual en la clínica, en el sitio web, y tener copias disponibles para su distribución.)

A continuación, se indican los individuos con los que Armada Terapia Física puede hablar respecto a mi tratamiento. Por favor, nombrellos en lista.

Esposo/a: _____ Padre: _____

Madre: _____ Otro: _____

A continuación, se nombran las personas para las cuales pido restricción con respecto a mi información de salud.

No aplicable _____

Es posible que tengamos que ponernos en contacto con usted. ¿Tenemos su permiso para dejar un mensaje confidencial en los números de teléfono que usted nos proporciona?

Sí En caso afirmativo: Casa #: _____ Móvil #: # _____ Otros: _____

No

Paciente / Tutor / Responsable de la Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de mi firma, reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con los términos y condiciones contenidos en el consentimiento para la atención y tratamiento, la autorización para entregar toda la información necesaria para garantizar el pago, y el consentimiento para el uso y divulgación de la información.

Paciente / Tutor / Responsable de la firma: _____ Fecha: _____

NOTIFICACION DE CONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente, reconozco que he recibido una copia de la notificación de las prácticas de privacidad.

Relación con el paciente (si el paciente es menor de edad) _____

Paciente / Tutor / Responsable de la firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Por la presente, autorizo Armada Terapia Física cargar a mi tarjeta de crédito / débito por los servicios prestados que incluyen los costos incurridos en relación con la cancelación y la no asistencia.

Tipo de tarjeta de crédito: Visa _____ MasterCard _____ Discover _____ Amex _____

Número de tarjeta de crédito: _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de vencimiento: _____ Número Tarjeta de Identificación: _____ (3 últimos dígitos que se encuentran en la parte posterior de la tarjeta de crédito)

La cantidad: \$ _____ (USD)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____