



RANCHO PHYSICAL THERAPY

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____ Seguro Social: _____ / _____ / _____ Masculino Femenino
Primer Inicial Apellido (REQUERIDO PARA COMPENSACION AL TRABAJADOR)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Celular: (____) ____ - ____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal¿Desea recibir recordatorios de citas por correo electrónico? Si No ¿Desea recibir recordatorios de citas por mensaje de texto? Si No

Correo Electrónico: _____ N. ° de reclamo _____ Fecha de Lesión: ____/____/____

Empleado (EN MOMENTO DE LESION): _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Dirección del empleador: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: (____) ____ - ____ Relación: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Entiendo y estoy de acuerdo al autorizar los tratamientos de terapia, lo cual en conjunción con el juicio de mi médico, puede ser considerado necesario y/o recomendable para el diagnóstico y/o tratamiento del paciente nombrado arriba en Rancho Physical Therapy, Inc.

Firma: _____ Fecha: _____

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

RPT se reserve el derecho a modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso. He recibido, o han ofrecido, una copia del Aviso de Prácticas de privacidad de RPT.

Firma: _____ Fecha: _____ Recibió/Ofreído (circula uno)

NOTIFICACION DE INCUMPLIMIENTO

Su terapeuta, medico, perito de seguros y administrado de casos trabajan juntos para ayudarlo a regresar a su función total en el trabajo. A fin de que su tratamiento tenga el máximo efecto y avance, se debe concurrir a todas las sesiones de terapia indicadas. Según las leyes de compensación al trabajador, estamos obligados a notificar al perito de seguros, al administrado de casos y al médico si no concurre a las citas. Si por cualquier motivo no puede concurrir, llame con la debida anticipación y reprogramaremos su cita e informaremos a su perito de seguros. Si no concurre a las citas puede dejar de recibir lo beneficios de compensación al trabador.

POLITICA FINANCIERA

En el caso de que el Asegurador de compensación al trabajador rechace mi reclamo de compensación al trabajador, Rancho Physical Therapy no transferirá cargos a un embargo preventivo del abogado que se haya tasado antes de la fecha en que se denegó el reclamo. Entiendo y acepto que soy la parte responsable y pasible del pago de todos los honorarios tasados para los servicios profesionales prestados. Acuerdo pagar cualquier suma adeudada cuando sea exigida. Entiendo y acepto que, si es necesario que Rancho Physical Therapy utilice una agencia de cobro externo o que inicie una acción judicial para el cobro de cualquier honorario pendiente de page, seré responsable del saldo pendiente y además, de los honorarios del abogado, de los costos del tribunal y de otros gastos del litigio. He leído y comprendido la notificación de incumplimiento y la política financiera. Por la presente acepto que toda la información de este formulario es verdadera y exacta.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACION PARA LA COMPENSACION AL TRABAJADOR/ INFORACION DEL ABOGADO O ASEGURADO

CONTACTOS ADICIONALES, POR FAVOR PROPORCIONAR A PERSONAL DE OFICINA

Aseguradora: _____ Nombre del Ajustador: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Dirección postal para reclamos: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre de Abogado: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Dirección postal: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Historia de Salud

Condiciones Actuales

Alergias	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Mareos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	MRSA	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema/ Bronquitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Esclerosis Múltiple	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Ansiedad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fibromialgia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad Muscular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Artritis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fracturas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas de Vesícula	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Parkinson	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Desorden Autoinmune	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor de Cabeza	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Artritis Reumatoide	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Discapacidad Auditiva	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Convulsiones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Condiciones cardiacas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fumar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Marcapasos cardiaco	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Alta/Baja Presión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas del habla	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependencia química	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Colesterol Alto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Embolias	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas de Circulación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	HIV/El Sida	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Actualmente embarazada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Incontinencia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Depresión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas Renales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Problemas de Visión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Diabetes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Implantes Metálicos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

ALTURA: _____ PESO: _____

Describe cualquier otra condición

Si la respuesta es "Sí" a cualquiera de los anteriores, por favor explicar y dar fechas aproximadas/describa cualquier otra condición

Historia de Caídas

- ¿Lesiones como consecuencia de una caída en el último año? ¿Fecha de la lesión?: _____
- ¿Dos o más caídas en el último año?

Historia Quirúrgica

Región del Cuerpo: _____ Tipo de Cirugía: _____ Fecha: ____/____/____

Región del Cuerpo: _____ Tipo de Cirugía: _____ Fecha: ____/____/____

Región del Cuerpo: _____ Tipo de Cirugía: _____ Fecha: ____/____/____

Región del Cuerpo: _____ Tipo de Cirugía: _____ Fecha: ____/____/____

Medicamentos Actuales

Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Ruta: _____ Razón por cual toma: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Ruta: _____ Razón por cual toma: _____

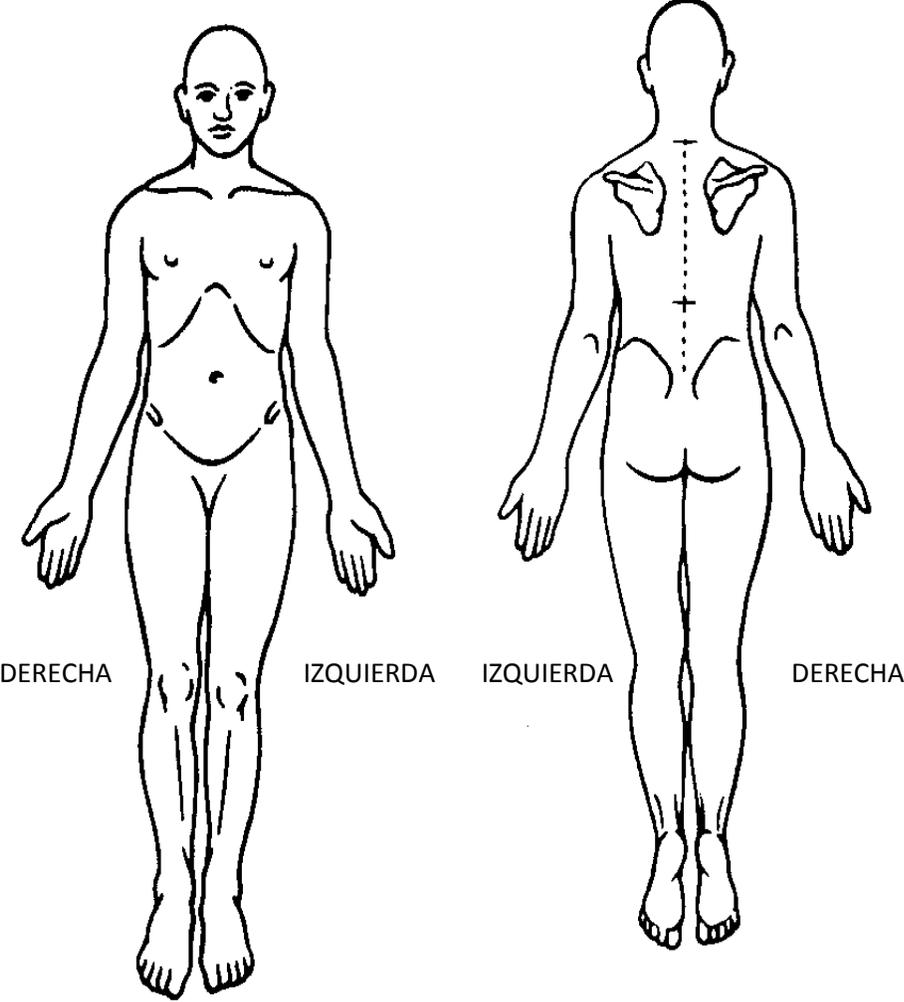
Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Ruta: _____ Razón por cual toma: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Ruta: _____ Razón por cual toma: _____

Actualmente no estoy tomando ningún medicamento

Rancho Physical Therapy

EVALUACION DEL DOLOR GRAFICO

INTENSIDAD DEL DOLOR	LOCALIZACION DEL DOLOR DIAGRAMAS DE CUERPO
10 El peor dolor que podría ser	
9 Insoportable	
8	
7 Grave	
6	
5 Moderado	
4	
3 Leve	
2 Ligero	
1	
0 No hay dolor	

1. Dibuje una línea en la escala de intensidad de dolor en el punto que mejor describa su dolor en el momento actual.
2. Dibuje la ubicación de sus quejas de dolor en los diagramas de cuerpo ubicados en esta página.
3. Si usted tiene otros síntomas, como hormigueo o entumecimiento, dibuje estas como una línea de puntos.

Por favor, describa los detalles de su lesión, incluyendo la fecha de la lesión y cualquier tratamiento de la lesión: