

Estimado Paciente Nuevo,

Gracias por escoger Parkside Physical Therapy para sus necesidades de rehabilitación. Como un paciente nuevo, necesitaremos que llene varias formas. Esto se puede hacer en su casa o lo puede hacer en nuestra oficina. Si usted escoge nuestra oficina, por favor llegue aproximadamente 15 minutos temprano para que complete sus formas. Por favor complete uno de cada uno de los siguientes:

1. Información del Paciente
2. Información Médico
3. Política de Privacidad

Cuando usted llegue a su cita de terapia física, por favor use ropa cómoda y floja. Por favor traiga pantalones cortos si su herida ocurrió en la extremidad baja. Y por último traiga sus medicamentos y su tarjeta de seguro (si es aplicable).

Estamos en la espera de trabajar con usted en alcanzar su meta para una salud óptima.

Gracias,

El Personal de Parkside Physical Therapy

Parkside Physical Therapy

Información del Paciente

Nombre Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F
(circule)
Nombre Preferido: _____ Estatura: _____ Peso: _____
(La altura y el peso requerido por Medicare)
Teléfono (casa): _____ Teléfono (celular): _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ SS #: _____
Persona Responsable: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____ Estado civil: S / C / Hijo-a / Otro
Medico Que Refiere: _____ Medico Primario: _____

Yo autorizo a Parkside Physical Therapy, y todas las personas que actúen como agentes, por lo tanto, así como todo el personal para proporcionar todas las formas de diagnóstico razonable y tratamientos terapéuticos para mí, o mi hijo/a menor de edad/ el custodiado.

¿Como eligió nuestra Práctica?

(Note todas que apliquen)

- Médico Paciente Antiguo Empleador Folleto/Por Correo Paginas Amarillas
 Páginas en Internet Amigo/Relativo; quien: _____

Información de Seguro

(Por favor presente su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Seguro Primario: _____ Nombre del Suscriptor: _____
Seguro Secundario: _____ Nombre del Suscriptor: _____
Relación al Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Yo autorizo pagos presentes y futuros de los beneficios médicos que se hagan directamente a Parkside Physical Therapy (PSPT) por los servicios dados. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios de terapia física rendidos, independientemente sí o no este tipo de servicios son un beneficio cubierto de mi seguro. Estoy de acuerdo a pagar todo el copago y cantidades deducibles al tiempo de servicio al menos de que este arreglado de otra manera. Yo autorizo que mi información medica y personal sea compartida para asegurar el pago de los beneficios.

Como cortesía a nuestros pacientes, PSPT le mandara la factura a su compañía de seguro. Sin embargo, es su responsabilidad de pagar cualquier cantidad que no pague o cubra su seguro. PSPT añadirá un 10% de interés al saldo responsable de el paciente si no es pagado 30 días de la fecha de vencimiento. En el caso de que su cuenta este retrasada se añadirán los gastos de administración e intereses.

Firma del Paciente/Guardián: _____

Parkside Physical Therapy

Información Médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Lugar de síntomas: *(por favor indique en el diagrama)*

Fecha de herida o de síntomas: _____

Fecha de cirugía *(si es aplicable)*: _____

Describa brevemente cómo ocurrió su accidente o herida: _____

¿Que hace para que sus síntomas mejoren?: _____

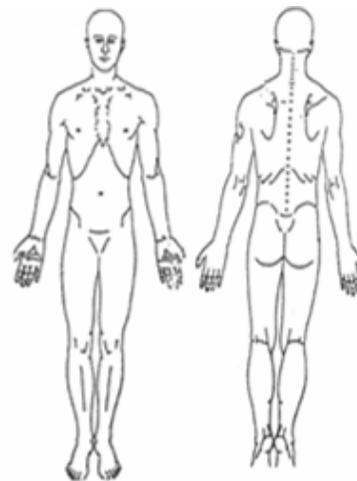
¿Que hace para que sus síntomas empeoren?: _____

¿Ha tenido usted este problema antes? Si No ¿Cuándo?: _____

¿Ha tenido algún tratamiento para este problema en el pasado?, Si, sí por favor explique: _____

¿Ha tenido terapia física antes? Si No ¿Cuándo?: _____

Lista las más reciente radiografías, MRI o otras pruebas relacionadas:



Medicamentos

¿Está tomando algún medicamento? Si No

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Método
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Condiciones Médicas

Por favor circule si tiene alguna de las siguientes condiciones:

- | | | |
|---|-------------------------|------------------------|
| Alergias | Cáncer | Dolor de cabeza |
| Diabetes | Embolio | Entumecido-a/Hormigueo |
| Ataque Cardíaco | Osteoporosis | Debilidad |
| Alta Presión | Problema de Pulmones | Dolor en la Noche |
| Marcapasos | Artritis | Trastorno Convulsivo |
| Problema Emocionado-a/Psicológico-a | Aumento de peso/Perdida | Hernia |
| Reemplazo de Articulaciones/Implantes Metálicos | Embarazada | Otro: _____ |

Si círculo una de las condiciones de arriba, por favor explique y apunte las fechas: _____

(Si necesita espacio adicional, por favor continúe en la parte posterior de esta página)

Firma del Paciente/Guardián: _____

PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva de notificación: Julio 1, 2015

Estamos cometidos a proteger su información médica y no dar a conocer información a nadie sin su consentimiento. Es una práctica médica estándar proporcionar la evaluación de terapia física y nota de progreso a su médico(s) que refieren y agentes de seguros autorizados. Por favor liste a cualquier otra persona quien tenga su permiso para hablar de sus citas, información de aseguranza o información médica. Tenemos su permiso para compartir información con alguien más que usted, su médico que refiere, y/o agentes de seguros autorizados?

Si / NO (por favor circule uno y indique abajo quien)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

He tenido la oportunidad de revisar y recibir el Aviso de Practicas de Privacidad. Yo doy mi permiso a Parkside Physical Therapy de usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con este aviso.

Firma del Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____