Therapist Signature:_____ (DOUBLE CHECK HOME HEALTH CARE!)

DYNATEST, INC.

Medical History Form

Nombre Del Paciente:_____ **Edad:**_____
Estatura:_____ **Peso:**_____

Informacion Del Accidente: **Fecha Del Accidente:**_____/_____/_____
¿Estás aquí hoy debido a un accidente? Si/No ¿Estaba relacionado el trabajo del accidente? Si/No
Fue el accidente resultado de un accidente automovilístico ? Si/No
Proporcione una breve descripción de cómo ocurrió el accidente:_____
_____

¿Para qué te tratamos hoy? (por favor indique la parte del cuerpo)_____
¿Cuál es su nivel de dolor? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué objetivos le gustaría lograr con su tratamiento de terapia?_____
_____

Por favor, enumere todos los medicamentos: (por favor vea la lista adjunta: __Si __No)
_____ _____ _____
_____ _____ _____

Historia Medical Pasada –¿Tienes un historial de …(marcar todos los que correspondan)

__Alta Presion Sanguinea	__Cancer	__Debilidad Muscular
__Problemas Cardiacus	__Osteoarthritis	__Muscular Sclerosis
__Stroke	__Diabetes	__ De Dispositivo Fijacion Interna
__Marcapasos	__Fibromyalgia	__Articulacion Artificial_____
__Convulsion	__Actualmente Embarazada	(sírvase indicar qué articulación)

¿Fuma o es un ex fumador? __Si __No(En caso afirmativo, sírvase indicar con qué frecuencia: __diario __ocasionalmente __abandonar)

Cirugias Previas: __Si __No (en caso afirmativo, especifique el procedimiento y cuándo tuvo lugar)_____

¿Ha tenido atención médica en el hogar? __Si __No
En caso afirmativo, indíquese la fecha de alta: _____/_____/_____** esto incluiría cualquier tipo de atención de visita domiciliaria (es decir, visitas de enfermeras, controles de bienestar, terapia en el hogar, etc.) *La respuesta es importante, ya que Medicare no pagará la fisioterapia si el paciente está actualmente bajo atención médica domiciliaria. Si responde que no y Medicare rechaza su reclamo o recupera el pago de su reclamo debido a que está bajo atención médica en el hogar, usted será financieramente responsable de los reclamos. Si su respuesta es afirmativa, es su responsabilidad ser dado de alta por completo antes de la evaluación. Si desea que nuestro personal le ayude con este proceso, háganoslo saber verbalmente. Al continuar con esta evaluación, usted acepta la responsabilidad de los servicios que se consideran cubiertos por la atención médica en el hogar. Si esto es una inquietud, las evaluaciones se pueden reprogramar.*

Actividad actual/nivel del ejericio:
__0 dias/semanas __1-2 dias/semanas __3-5 dias/semanas __6-7 dias/semanas
Tipo de actividad/ejercicio:_____

**** La información anterior es completa, correcta y fiel a mi leal saber y entender. ****
Firma Paciente/Persona Responsable:_____
Fecha:_____/_____/_____