



Informacion de Paciente

Nombre de Paciente:		Sexo: Masculino / Femenina	
		Soltero	Casado Viudo
Fecha de Nacimiento del Paciente: ____/____/____	Numero de Seguro Social del Paciente:		
Direccion de Casa:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono Celular:	Telefono de Casa:		
Correo Electronico:			
Doy permiso a Elgin Physical Therapy a mandar recordatorios de citas como texto Y/O correo electronico/telefono celular que he provisto. (iniciales).			
Preferencia:		Correo Electronico	TEXTO (circule)
Contacto de Emergencia: Relacion:	Telefono:		
Medico quien lo refirio:	Medico de Cuidado Primaria:		

Si el paciente es menor de 18 anos, favor de llenar lo siguiente:

Nombre de la persona responsable:	Relacion al paciente:	Fecha de Nacimiento de la persona responsable: ____/____/____
-----------------------------------	-----------------------	---

Ha recibido servicios de salud en casa durante la ultima mes? Si No (circule)

Ha recibido servicios de terapia fisica durante este ano? Si No (circule)

FAVOR DE NOTAR, LA ASEGURANZA NO PAGARA POR SERVICIOS de TERAPIA AMBULATORIA SI TODAVIA ESTE RECIBIENDO SERVICIOS DE SALUD EN CASA NI PAGA POR SERVICIOS CHIROPRACTICAS EN EL MISMO DIA DE SERVICIOS DE TERAPIA FISICA.

NOTICIA DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE:

Yo autorizo el uso o el divulgar de mi informacion individual de salud como descrito en la Noticia de Privacidad y Los Derechos del Paciente descrito por Elgin Physical Therapy Clinic. Una copia de la Noticia de Privacidad y Derechos del Paciente sera disponible a peticion.

ACUERDO DEL PACIENTE- CESION Y LIBERACION

Yo, abajo firmante, tengo cobertura de aseguranza medical y asigno directamente a Giddings Physical Therapy Clinic,dba Elgin Physical Therapy Clinic, todos los beneficios medicos, si cualquier, de otro modo pagadero a mi por los servicios recibidos. Lei la politica financiera y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no pagados por mi aseguranza de medico. Por lo presente autorizo la liberacion de informacion necesaria para presentar una reclamacion a mi aseguranza de medico.

Pedimos un aviso de cancelacion de 24 horas en avance. Si no avise de cancelacion, le cubriremos una tarifa de \$25. Si pasen 3 citas sin avisar de cancelacion, puede resultar en descarga de la terapia.

Firma de Paciente o Guardian Legal: _____ Fecha: _____
 Testigo: _____ Fecha: _____



Breve Historia Medico

Nombre De Paciente: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Edad: _____

Como se lastimo? _____

Diagnostico: _____ Fecha de la Herida: _____ Fecha de la Cirugia: _____

Hay imagenes recientes? Por ejemplo: Rayos-X, Resonancia Magnetica, Tomografia Computarizada:

Hay condiciones del pasado/ lastimadas/cirugias que esten asociadas con su dolor/problema de ahora? (PMH): Si / No

Explique: _____

Esta trabajando: Si / No Cual es su titulo del trabajo: _____ # anos trabajando: _____

Cuales posiciones, movimientos, actividades que son dificiles (circule): sentar / parar / doblar / torcear/ arrodillar / nangotar /sentado a parado/ caminar / subir y bajar escalones / alcanzar / apretar / sujetar / levantar / cargar / otro: _____

Como se siente sus sintomas? (circule): ardor / agudo / tedioso / dolorido / palpitante / punzante / dormido / hormigueos / constante / intermitente

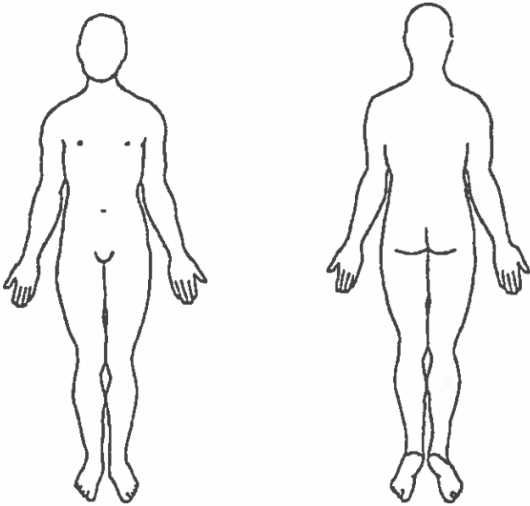
SIN DOLOR <-----> DOLOR SEVERA

Que intensidad es su dolor ahora mismo (circule): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que intensidad es su dolor a su mejor (circule): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que intensidad es su dolor a lo peor (circule): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Historia de Caída: Su herida resulto por una caída durante este año? Si / No Dos o más caídas en este año? Si / No



Tiene ahora o ha tenido lo siguiente? (CIRCULE)

Artritis	Ataque del Corazon
Ansiedad	Problemas de Oir or del Oido
Alergias	Implantas Metales
Problemas de Vejiga/ Intestinos	Osteoartritis
Problemas del Equilibrio	Osteoporosis
Cancer	Marcapasos
Concusion o Lesion Cerebral Tramatica	Artritis Reumatica
Depresion	Ataque del Cerebro
Diabetes	Alta Colesterol
Mareos/Desmayos	Alta Presion Sanguinea
Fibromyalgia	Dificultades Respiratorios
Fractura	Problemas Urinarios
Enfermedad del Corazon	Problemas de Vista
	Fuma? SI / NO
	Toma? SI / NO
	Hace ejercicio regularmente? SI / NO
	Embarazado Ahora? SI/ NO

Grafico del Cuerpo:

Favor de marcar el area donde siente el dolor en el grafico con los siguientes simbolos para describir su dolor:

III Dormido

= Hormigueos/Piquetes (electricidad o hormigas)

↓ Dolor Punzante/Agudo

○ Dolor Sordo

Firma: _____