



Physical Therapy & Wellness Center

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Masculino Femenina

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Alternativo: _____ E-Mail: _____

Me gustaría recibir nuestro boletín CURE y otra información vía e-mail.

Asegurado Primario

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Alternativo: _____ E-Mail: _____

Contacto de Emergencia

Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

Autorización para divulgar información médica a esta persona: Sí No

Médico de Referencia

Médico de Referencia: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Consentimiento de Tratamiento / Asignación de Beneficios

Doy mi consentimiento y autorización a todo tratamiento médicamente necesario o aconsejable por el Médico y el Fisioterapeuta. Entiendo que el Fisioterapeuta o el Asistente de Terapia Física pueden proporcionar diversas partes de mi tratamiento como aconsejado por el Médico. Yo autorizo el pago directamente a Cure Physical Therapy y estoy de acuerdo que soy responsable financieramente de los servicios prestados y por los cargos o suministros que no están cubiertos por esta asignación. Yo autorizo liberar mi información médica para los servicios de fracturación.

Nombre

Firma (Padre o guardián si el paciente es menor de 18 años)

Fecha



Physical Therapy & Wellness Center

Evaluacion / Cuestionario de Fisico Terapia

Nombre: _____ Fecha: _____ Indique el Area del Problema: _____

Por favor describa brevemente el historial de su lastimadura o dolor:

Esta usted embarazada o cabe la posibilidad d que lo este? SI NO

Indique si usted fuma? SI NO Si su respuesta es SI, cuanto fuma al dia? _____

Por favor Indique cualquier medicamento que este tomando en este momento (o bien, adhiera una lista):

Indique cualquier cirugia a la que haiga sido sometido /a y el ano aproximado:

Previo Historial Medico: Favor de circular cualquiera de las siguientes condiciones que se le aiga diagnosticado o que usted piensa que pudiera tener:

Cancer	Fibromyalgia	Osteoporosis
Alergias / Asma	Depresion	Enfermedades Cardiacas
Enfermedad Pulmonaria	Enfermedad de los Rinones	Paro Cardiaco
Artritis Reumatoide	Enfermedad del Hgado	Implantes Metalicos
Presion Alta	Claustrofobia	Dolor de Pecho

Esta usted experimentando alguna de las siguientes condiciones: (Favor de Circular) SI NO

Difficultad para pasar saliva/comida Cambio en su habito de obrar o Cambio repentino en apetito

Funcion de la vejiga

Inexplicable perdida de peso

Fiebre/Escalo frio/Sudores

Fecha aproximada de cuando empezo su problema: _____

Con el paso del tiempo sus sintomas han: Empeorado Mejorado Han Permanecido Igual

Que tratamientos se le ha dado para esta condicion: _____

Cuales son las cosas que amenoran sus sintomas _____

Cuales son las cosas que empeoran sus sintomas: _____

? Se le han hecho rayos-x? SI NO

Favor de circular indicando el nivel de su dolor:

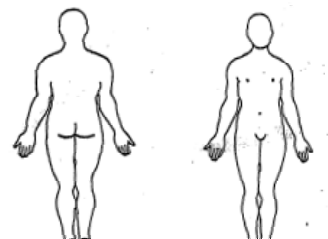
Nada de Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor Extremo

Otros Comentarios: _____

Grafica de el Cuerpo

Porfavor Indique las

Areas del Problema:





Physical Therapy & Wellness Center

Confirmación de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de los Pacientes

He recibido una copia de Cure Physical Therapy del aviso de prácticas de privacidad de los pacientes que delinean cómo mi información, bajo el estado de las reglas y regulaciones federales, divulgará mi información personal de salud.

Nombre

Firma (Padre o guardián si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

Reglamento de Citas

Entiendo que mi médico ha ordenado la terapia física para mi condición y la asistencia y participación regular es necesaria para mejorar mi progreso. Yo, a lo mejor de mi capacidad, trataré de dar **24 horas de aviso** antes de cualquier cancelación. Además, si cancelo o si no me presento a 3 citas consecutivas todas las citas que quedan pueden ser canceladas y visitas en el futuro se programarán de forma individual. También puede posiblemente ser dado de alta de terapia física, debido al incumplimiento. Si estoy más de 10 minutos de retraso puede que tenga un tratamiento abreviado y, posiblemente, la cita sea cancelada y re-programada.

Nombre

Firma (Padre o guardián si el paciente es menor de 18 años)

Fecha