



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTE

Por Favor Imprimir

Nombre Del Paciente: _____ Genero: Masculino Femenino
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____
 Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Número de Casa: _____ Número Celular: _____
 Correo Electrónico: _____

Menores de 18 años, Padre/Tutor: _____ Relación con el paciente: _____
 Seguro Social del Padre/Tutor: _____ Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor: _____

Quieres recibir recordatorios de citas a través de: Email Texto (seleccionar el proveedor más abajo)

ALLTel	Cricket Wireless	Quest	Verizon
AT&T	Metrocell	Sprint PCS	Virgin Mobile
Boost Mobile	MetroPCS	T-Mobile	
Cingular	Nextel	US Cellular	

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono/Relación: _____

¿Tienes una receta de un proveedor médico para la terapia física? Sí No

¿En caso afirmativo, quién es el médico? _____ ¿Cuál es la fecha de siguiente cita? _____

¿Cómo se enteró de la Foothills Sports Medicine Physical Therapy?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familia/amigo/conocido | <input type="checkbox"/> Free Injury Screening | <input type="checkbox"/> Señalización de ubicación |
| <input type="checkbox"/> Ex paciente | <input type="checkbox"/> Empleado de Foothills | <input type="checkbox"/> Anuncio |
| <input type="checkbox"/> Sitio Web/Social Media | <input type="checkbox"/> Seguro Medico/Empleador | <input type="checkbox"/> Ninguno, médico refiere |
| <input type="checkbox"/> Cliente de FAST | <input type="checkbox"/> Club deportivo/entrenador | |

¿Estás buscando terapia física debido a una lesión de los deportes? Sí No

Equipo/Escuela Nombre: _____

¿Está usted buscando terapia física debido a un accidente de trabajo? Sí No

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección de empleador: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO *(Para ser completado, aunque provea tarjetas de seguro)*

Seguro Primario

Nombre seguro: _____

Dueño de seguro médico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Seguro Secundario

Nombre seguro: _____

Dueño de seguro médico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO: Por medio de la presente, doy mi consentimiento mostrando con mi firma de estoy de acuerdo que Foothills Sports Medicine Physical Therapy provea el tratamiento, y el cuidado rehabilitarle y apropiado tal y como se considere necesario sea la mejor opción para atender mi condición física. Yo entiendo que los beneficios y riesgos del tratamiento serán explicados y yo como el paciente tengo la decisión final.

AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE: He leído y he completamente entendido el Aviso de Información de Practicas de Foothills Sports Medicine Physical Therapy.

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Por medio de la presente autorizo, a Foothills Sports Medicine Physical Therapy, para dar cualquier información de salud personal (PHI) requerida en el transcurso de mi examen o tratamiento a la compañía de seguro aquí mencionada o sus afiliados.

También autorizo mandar recordatorios por correo electrónico o mensajes de texto para recordar sus citas y entiendo que hay cierto nivel de riesgo de privacidad asociado con estas formas de comunicación.

CONSENTIMIENTO DE HIPAA: En cumplimiento de las regulaciones de HIPAA, doy mi consentimiento a las siguientes personas para que reciban información verbal con respecto a la facturación de mi cuenta:

Nombre/Relación

Nombre/Relación

Nombre/Relación

AUTORIZACIÓN PARA PAGOS: Yo por medio de la presente autorizo para que los pagos de la seguridad se envíen directamente a Foothills Sports Medicine Physical Therapy, Billing Department, 15410 S. Mountain Pkwy. Suite 112, Phoenix, AZ 85044 por servicios médicos recibidos. Yo comprendo que soy responsable económicamente por los gastos que mi seguridad no cubra. En caso de fallar con tales pagos, yo me comprometo a pagar los costos de colección además de sus recargos para obtener el pago de colección de esta cuenta.

PÓLIZA DE CANCELACION: Yo entiendo claramente que Foothills Sports Medicine Physical Therapy, tiene su póliza de que en caso de re-agendar o cancelar una cita hecha previamente, se debe avisar al personal de Foothills Sports Medicine Physical Therapy al menos 24 horas antes de la misma, de lo contrario un recargo de cancelación de **\$25.00** se le agregara para la segunda ocasión. Un cambio de cita no se considera una cancelación.

PACIENTES CON COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: Estamos obligados a informar a su Ajustador de compensación al trabajador o Gerente de rehabilitación de todo cancelado citas. También es necesario que todas las visitas perdidas sean re-agendadas la misma semana. Un cambio de cita no se considera una cancelación.

AUTORIZACIÓN A COMUNICARSE ELECTRÓNICAMENTE: Entiendo que el personal (incluyendo mi terapeuta) puede comunicarse conmigo en cuanto a citas, el tratamiento había proporcionado, programas de ejercicio casero, contenidos educativos/informativos que se relaciona con mi condición. Entiendo que mi información de salud protegida (PHI) no serán comunicado electrónicamente. Entiendo que tengo la oportunidad de optar a futuras comunicaciones en cualquier momento utilizando la opción "Cancelar suscripción" en cualquier comunicación a través de texto o correo electrónico.

Certifico que he leído, entendido y estoy de acuerdo con cada una de las declaraciones en este documento.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma Del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____



FORMA DE HISTORIAL MEDICO

Nombre del paciente: _____ Genero: Masculino Femenino Fecha: _____

Nombre de su doctor: _____ Fecha de siguiente cita: _____

Parte afectada de su cuerpo: _____ Fecha lesión/accidente: _____ Fecha de cirugía: _____

Ocupacion: _____ Estado de trabajo: Tiempo Complete Medio Tiempo Desempleado

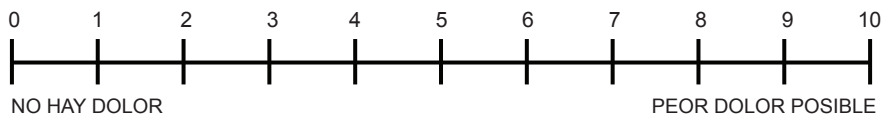
Pasatiempos: _____ Tratamiento previo: _____

Altura: _____ Peso: _____

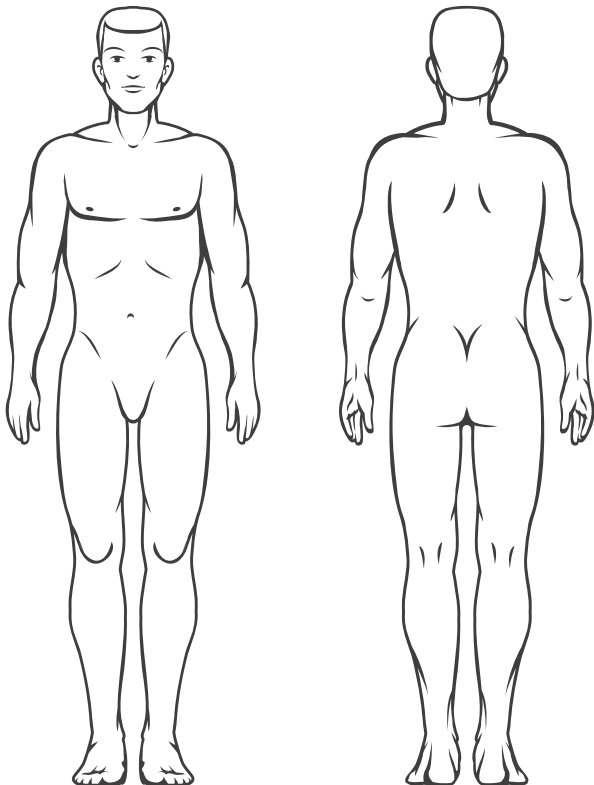
¿Cual fue el Motivo de su Leccion?

- Relacionado con Trabajo Crónica/Recurrente Caída Accidente de Auto
 Recreativo Levantar o Cargar Insidiosa Cirugia

¿Cual es su nivel de dolor en las ultimas 24 horas? 0-10 escala de calificación numérica del dolor.



Favor de usar este diagrama para marcar donde sientes síntomas son en este momento.



Símbolos para uso:

- Dolor: Δ Δ Δ Quemadura: X X X
 Apuñalamiento: / / / Entumecimiento: = = =
 Alfileres y Agujas: ○ ○ ○ Irradia: → → →

Mis sintomas se sienten mayor cuando hago: _____

Mis sintomas se empeoran cuando hago: _____

Mis Sintomas son:

- Constante Intermitente Crónica Nuevo

¿Son tus actividades de trabajo o de vida diaria limitadas?

- Si Parcial No

En conjunto con esta forma, usted tendra que contestar una escala de los resultados funcionales.

FORMA DE HISTORIAL MEDICO (CONTUACION)

¿Cuál es su objetivo al hacer terapias físicas? _____

¿Que tan seguido hace ejercicio por mas de 20 minutos al dia?

1x/semana 2x/semana 3x/semana 4x/semana 5x/semana 6x/semana 7x/semana

¿Usted fuma? Si No

Favor de listar los más reciente exámenes medicos (*Xray, MRI, CT Scan, EEG, EMG, Injections*): _____

¿Tiene alergias a latex, frío, calor o medicamentos? Si No En caso afirmativo: _____

¿Está usted tomando medicamento? Por favor ver la lista proporcionada por el paciente.

¿Está usted en cualquier diluyentes de la sangre? Si No INR: _____

¿Ha tenido una estancia o casa de salud en un centro de hospitalización en los últimos 30 días? Si es así, favor de explicar dónde.

¿Usted se ha dado de alta? Si No ¿Cual fue la fecha que fue dado de alta? _____

¿A tenido una caída en el ultimo año? Si No ¿Cuántas veces? _____

¿Resultado latismado cuando tubo su caída? Por favor describa: _____

¿Donde fue que caiste? (Ejemplo: locación, utilizando un dispositivo auxiliar, etc.) _____

Pasado Historial Medico

¿Recientemente a sentido alguno de los siguientes sitomas? (*marcar todos los que aplican*)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambios en el Intestino o la Vejiga | <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Náuseas y Vómitos | <input type="checkbox"/> Dificultad Para Respirar |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Sudoración/Fiebre/Escalofríos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo | <input type="checkbox"/> Cambios de Peso Inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar | <input type="checkbox"/> Agruras/Indigestion | <input type="checkbox"/> Dolor que despierta por la noche | <input type="checkbox"/> Tos Inexplicada |
| <input type="checkbox"/> Vértigo/Mareo | <input type="checkbox"/> Inconciente | <input type="checkbox"/> Frecuencia Cardíaca Rápidas/Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Cambios en su vista |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular | <input type="checkbox"/> Reciente Dolores de Cabeza | |

Cirugías previas. por favor describa: _____

¿Usted ha sido diagnosticado con cualquiera de las siguientes? (*marcar todos los que aplican*)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho o Angina | <input type="checkbox"/> Tensión Arterial Alta/Baja | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Crónicos | <input type="checkbox"/> Pulmón Enfermedad/EPOC/SDRA | <input type="checkbox"/> TB/VIH/Hepatitis A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Ataque de Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica (<i>EM, Parkinson</i>) | <input type="checkbox"/> Afección Tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vejiga urinaria/renal | <input type="checkbox"/> Trastornos de Depresión/Ansiedad/Pánico | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide/Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Problemas vasculares/circulación / coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de Hueso/Articulación | <input type="checkbox"/> Diabetes de Tipo I / Tipo II | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Impedimentos visuales o auditivos |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad GI (Hígado, úlcera, Hernia, reflejo, vesícula) | <input type="checkbox"/> Convulsiones o Epilepsia | |

La información que he proporcionado es completa, verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____