

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
NAME SOCIAL SECURITY #

DOMICILO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_  
ADDRESS CITY STATE ZIP CODE

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELUAR: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_  
HOME PHONE CELL PHONE WORK PHONE

FECHE DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA #: \_\_\_\_\_  
DATE OF BIRTH AGE DRIVER'S LICENSE

---

NOMBRE DE EMPRESA: \_\_\_\_\_  
EMPLOYER NAME

OCCUPACION/POSITION: \_\_\_\_\_  
OCCUPATION/POSITION

PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
EMERGENCY CONTACT

RELACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP PHONE NUMBER

## FORMA PACIENTE DEL HISTORIAL MÉDICO

(Las regulaciones federales requieren que un historial médico esté incluido en el informe médico de cada paciente. Imprimir por favor, y completar totalmente.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_' \_\_\_\_\_" Peso \_\_\_\_\_ lbs Presión arterial (si está sabida) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Has tenido nunca cirugía? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Si describir y dar sí, por favor las fechas:

¿Has tenido terapia física para tu actual condición? Si describir y dar sí, por favor las fechas de aproximación:

¿Has recibido nunca otros tratamientos para tu actual condición? Si sí, describir por favor

¿Estás tomando actualmente medicación? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si sí, enumerar por favor.

¿Tienes metal dondequiera en tu cuerpo?	_____ Sí	_____ No
¿Tienes marcapasos cardíacos?	_____ Sí	_____ No
¿Estás embarazado?	_____ Sí	_____ No
¿Tienes apuro con la visión?	_____ Sí	_____ No
¿Tienes apuro con la audición?	_____ Sí	_____ No

Hacerte ahora te tienen, o tienen tenía nunca siguiente un de los:

La diabetes	_____ Sí	_____ No	Tensión	_____ Sí	_____ No
Tensión arterial	_____ Sí	_____ No	Alergias	_____ Sí	_____ No
Hernia	_____ Sí	_____ No	Dolores de cabeza	_____ Sí	_____ No
Enfermedad cardíaca	_____ Sí	_____ No	Ataque del corazón	_____ Sí	_____ No
Huesos rotos	_____ Sí	_____ No	Asimientos	_____ Sí	_____ No
Sensibles altos de calendar/hielo	_____ Sí	_____ No	Problemas del riñón	_____ Sí	_____ No
Torció los empalmes	_____ Sí	_____ No	Desordenes nerviosos	_____ Sí	_____ No
Problemas de la circulación	_____ Sí	_____ No	Dizzy dolor de los encantos	_____ Sí	_____ No
De la parte posterior o de cuello	_____ Sí	_____ No	Dolores del músculo o dolor	_____ Sí	_____ No

Explique por favor cualquier Sí respuesta y dé las fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

El encima de información es exacto y completo según mi leal saber y entender.

Firma de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# ¡PARA TRABAJA las HERIDAS SOLO!

## Descripción de las funciones

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de lesión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

1. En términos de 8 horas trabaje el día: (Circunde el número de las horas para cada actividad)

El Sentarse ( 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )  
Estar parado ( 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )  
Caminando ( 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 )

2. En el trabajo, realizo las actividades siguientes: (Compruebe tanto como se aplican)

	<u>En absolute</u>	<u>De vez en cuando</u>	<u>Con frecuencia</u>	<u>Continuamente</u>
La curva/se inclina	_____	_____	_____	_____
Posición en cuclillas	_____	_____	_____	_____
Arrastre	_____	_____	_____	_____
Subida	_____	_____	_____	_____
Alcance sobre hombros	_____	_____	_____	_____
Agáchese	_____	_____	_____	_____
Arrodíllese	_____	_____	_____	_____
Empuje	_____	_____	_____	_____
Tire	_____	_____	_____	_____
Mantenga la postura torpe	_____	_____	_____	_____
El balancear	_____	_____	_____	_____

3. En el trabajo, levanto:

Hasta 10 libras	_____	_____	_____	_____
11 a 24 libras	_____	_____	_____	_____
25 a 34 libras	_____	_____	_____	_____
35 a 50 libras	_____	_____	_____	_____
51 a 74 libras	_____	_____	_____	_____
75 a 100 libras	_____	_____	_____	_____

4. Usted tiene que doblar el excedente mientras que hace cualquier lifting? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

5. Usted utiliza sus manos para los movimientos repetidores, por ejemplo: (Comprueba por favor)

	<u>El agarrar simple</u>	<u>El agarrar firme</u>	<u>Manipulación fina</u>
Mano derecha	_____	_____	_____
Mano izquierda	_____	_____	_____

6. ¿Antes de este accidente estaba usted que experimentaba comoplaints físicos similares? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si sí, explique por favor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. En sus propias palabras, describa por favor el accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*Importante: Esta forma se puede utilizar en la determinación de su elegibilidad de la remuneración de los trabajadores y la cantidad de remuneración que le dan derecho. ¡Para proteger las sus derechos satisfaga llenan hacia fuera esta forma correctamente y totalmente!\***

**MESA PHYSICAL THERAPY**  
**POLÍTICAS PACIENTES DE INFORMACIÓN Y OFICINA**

**NUESTRO PROPÓSITO**

Nuestro Propósito es de ayudarle y su medico a restaurarle salud y salud y previniendo una reaparición de su problema. Esto es hecho mejor en una atmósfera del congeniality, de la sinceridad, y de la honradez. Nosotros le alentamos a hacer preguntas acerca de su tratamiento. En nuestra comprensión de usted y de sus metas, podemos progresar hacia nuestras metas comunes de relieveing su dolor y de mejorar su salud.

**CITAS**

La razón primaria para el appointments es de hacer el uso eficiente de su tiempo y nuestro tiempo. Hacemos cada tentativa de proporcionar su tratamiento en su tiempo programar. Si usted necesita cancelar una cita, como una cortesía a otros pacientes, por favor llamada.

**Las citas que no son canceladas por el fin del día antes su planificado de cita tiene como resultado una carga a usted de \$25.00.** Si usted llega temprano por una cita que trataremos de verle temprano. Si usted es atrasado para una cita, su tratamiento puede ser acertado o ser cambiado la hora

**POLITICA de PAGO**

Nuestro primer objetivo es de alcanzar sus metas del tratamiento. Si las cargas son un carga que hace limiti su asistencia, discute por favor esto con el personal.

**Los Co-Pagos son debidos antes del tratamiento.** Se entiende que bajo todas las circunstancias, usted asume la responsabilidad final de su cuenta. **Usted es responsable de contactar su compañía de seguros para determinar cómo ellos manejan las cargas de la fisioterapia.** Hacemos nuestro ayudarle mejor con facturar. Sin embargo, responsibility de ultimitely para descanso de pago con usted. Nuestro personal es complacido para facturar su compañía de seguros como una cortesía a usted. Para respuestas a preguntas adicionales con respecto a facturar de seguro, llama por favor la oficina que factura en (800) 929-7446 ext. 138.

**COMPENSACION de TRABAJADORES**

Si usted es herido a consecuencia de un accidente en el trabajo, usted no será esperado pagar por ninguna porción del tratamiento. Aceptamos el pago por su portador del seguro de la Compensación de Trabajadores como pago en repleto. Somos requeridos a notificar su médico, el empleador y reclama ajustador con respecto a alguna cita perdida. Tres (3) perdió las citas pueden tener como resultado discontinuación de tratamientos adicionales.

**CUIDADO MEDICO**

Somos felices de proporcionar nuestros servicios a pacientes de cuidado Médico y nosotros aceptamos la tarea. El cuidado médico nos paga 80% de su cantidad admisible para los servicios de la fisioterapia proporcionó. Usted es responsable de su anual médico deducible y el quedándose 20% del cuidado Médico la carga admisible (a menos que usted tenga un cuidado Médico la política suplementaria). "Cancelamos" la diferencia entre cuidado Médico de thet la cantidad admisible de nuestras cargas verdaderas. Facturaremos también cualquier coaseguro usted puede tener después de que cuidado Médico haya determinado el pago admisible.

**He leído, entendí y concuerdo respeta las Políticas de la Oficina de la Mesa Physical Therapy.**

**Las súplicas firman abajo:**

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma De los Asegurados \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **RECONOZCA DE NOTA DE POLÍTICAS DE INTIMIDAD**

Esto es un reconocimiento que usted ha recibido la Nota de Políticas de Intimidad. Firmando este acknowledgment, usted no concuerda necesariamente con todas nuestras políticas, sólo que usted ha sido informado de estas políticas. Esta nota es anunciada claramente en la recepción y una copia está disponible sobre el pedido.

Usted puede solicitar las modificaciones a la política de la intimidad listando en el espacio proporcionado debajo de la entidad específica con whm nosotros no podemos compartir su información. Reservamos el derecho de negarse el tratamiento si nosotros nos sentimos que su pedido nos prevendría de proporcionar asistencia sanitaria adecuada o para ser compensated para la asistencia sanitaria proporcionada a usted.

Firme por favor abajo:

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Usted no puede compartir mi información de la salud con lo Siguiente:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección