



## Historia Médica

**Los pacientes de Medicare solamente: Por favor indique su Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_**

1) Describa brevemente la historia de su presente accidente, lesión o herida y la fecha de inicio:

\_\_\_\_\_

2) Cualquier antecedentes médicos que puedan afectar su capacidad para realizar terapia física ahora (reemplazo de la articulación, derrame cerebral, cirugías, etcetera.)?

\_\_\_\_\_

3) Cuál es su ocupación)? \_\_\_\_\_

4) Por favor liste cirugías que ha tenido ,Indique los procedimientos y las fechas si es posible :

\_\_\_\_\_

5) Ha tenido recientemente una radiografía, MRI, CT scan o EMG \_\_\_\_\_

6) Tiene metal en cualquier parte del cuerpo que no sean de los dientes (placas o marcapasos etcetera.)? \_\_\_\_\_

7) (Solo para mujeres) Estás embarazada? \_\_\_\_\_ Fecha de última menstruación: \_\_/\_\_/\_\_

8) Tienes algún problema anormal con visión? \_\_\_\_\_ el oído? \_\_\_\_\_

9) Liste alergias que tiene: \_\_\_\_\_

10) Liste todos los medicamentos que este tomando . \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11) Alguna vez ha tenido tratamientos de terapia física ? Cuando y donde? \_\_\_\_\_

12) Tuvo atención médica domiciliaria o terapia del hospital antes de venir aquí? \_\_\_\_\_

13) Alguna vez ha tenido?: (Si "Sí" por favor explique.)

- Alzhéimer
- Enfermedades cardiovasculares
- Inmunosupresión
- Lupus
- Distrofia muscular
- Obesidad
- Osteoartritis
- Fractura o Sospecha de fractura
- Alta presión
- Caídas recientes en el último año

- Historia de Cancer-Yes or No**
- Enfermedad de Huntington's
- Accidente Vascular cerebral
- Infección actual
- Diabetes
- Fibromialgia
- Enfermedad de Parkinson's
- Artritis Reumatoide
- Lesión cerebral traumática
- Otro

14) Marque en la tabla de cuerpo donde se encuentra el dolor. Cunto Dolor Tiene: 0=Ninguno 5= moderado 10=Extremo

Peor: \_\_\_\_\_

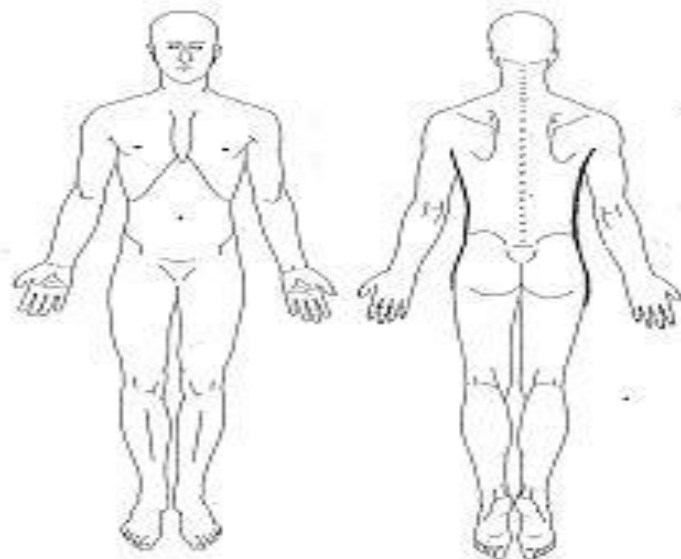
Actual: \_\_\_\_\_

Mejor: \_\_\_\_\_

Circule el tipo de dolor:

Agudo, ardor, embotado/dolor, punzadas, disparos, entumecimiento/hormigueo constante, intermitente

Peor en AM, Peor en PM





**Sección I Información Del Paciente**

**Por favor llene este formulario lo más completo posible. Esta información se mantendrá confidencial sin la autorización de liberación por parte del paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Casa# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 La Mejor hora para llamarle: \_\_\_\_\_  A.M.  P.M. on my  Casa  Celular  Trabajo  
 correo electrónico: \_\_\_\_\_ Licencia # \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Eda \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Empleo: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ #(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Hay un abogado involucrado con este caso? Si o No  
 Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono : \_\_\_\_\_

**Sección II Información De Aseguranza**

**\*\*\*\*\*POR FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN QUE APLICA A USTED \*\*\*\*\***

**Información de aseguranza privada**

Compañía de aseguranza \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciuda \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Poliza # \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Relación del asegurado al paciente \_\_\_\_\_ Nombre Del asegurado \_\_\_\_\_

---- TIENES ASEGURANZA SECUNDARIA?  SI  No SI ES UN SI ENTONCES COMPLETE ESTA PARTE ----

Compañía de aseguranza \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciuda \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Poliza # \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Relación del asegurado al paciente \_\_\_\_\_ Nombre Del asegurado \_\_\_\_\_

**Información de compensación al trabajador**

Compañía de aseguranza \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión \_\_\_\_\_  
 Caso # \_\_\_\_\_ Nombre del Ajustador \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_

**Información de accidente de auto**

Compañía de aseguranza \_\_\_\_\_ Fecha de accidente \_\_\_\_\_  
 Caso # \_\_\_\_\_ Poliza# \_\_\_\_\_  
 Adjustador \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_  
 Abogado \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_ Fax# \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciuda \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO:**

Su fisioterapeuta completará una evaluación por examen y entrevista. Su programa de tratamiento individual será diseñado. Se puede usar una variedad de técnicas de tratamiento. Yo, el abajo firmante, acepto y doy mi consentimiento para que Solano Sports Physical Therapy brinde la terapia física y el tratamiento que considero necesario y adecuado para evaluar o tratar mi condición física.

**POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS:**

Su médico de referencia le recetó terapia y la terapia física es un proceso continuo que requiere que la asistencia regular sea óptimamente efectiva. En consecuencia, no asistir a las sesiones programadas puede poner en peligro su progreso y también puede afectar negativamente su estado de discapacidad. Llegue a tiempo a su cita para que pueda recibir todos los beneficios de su tratamiento programado. Requerimos aviso anticipado de cancelaciones o reprogramación de citas.

**RESPONSABILIDAD:**

Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía de seguros para verificar su cobertura para terapia física ambulatoria. Debe verificar su porcentaje de pago por visita, los copagos, deducibles y límites de visitas por año calendario. Nosotros en Solano Sports Physical Therapy estaremos encantados de facturarle a su seguro como cortesía. Sin embargo, es su responsabilidad por cualquier porción no pagada por su seguro. Si necesita ayuda en este asunto, no dude en ponerse en contacto con el personal de nuestra oficina.

**ASIGNACIÓN DE SEGUROS O BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD A LA CLÍNICA:**

Yo, el abajo firmante, asigna y por este medio autoriza, el pago directo a la clínica de todos los beneficios de seguros y planes pagaderos a nombre o por cuenta del paciente por estos servicios para pacientes ambulatorios a una tasa que no exceda los cargos regulares de la clínica. Se entiende que yo, el abajo firmante, soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.

**POLÍTICA FINANCIERA:**

Facturamos a su compañía de seguros personal únicamente como una cortesía para usted. Usted es responsable de su factura. Requerimos que los arreglos para el pago de su parte estimada se realicen hoy. En caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de los pagos que nos hizo, usted puede ser responsable de la cantidad de dinero reembolsada a su compañía de seguros. Si la compañía de seguros realiza algún pago directamente por los servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de remitirnos los pagos a la brevedad. Si se requieren procedimientos formales de cobranza, usted será responsable de los costos adicionales incurridos. Sus beneficios de seguro, según lo citó su compañía de seguros, han sido revisados con usted. No asumimos ninguna responsabilidad por los errores cometidos por su compañía de seguros en este presupuesto. Hemos revisado estos beneficios con usted y acepta pagar su parte de esta factura.

Yo, el abajo firmante, certifico que la información anterior ha sido leída y explicada, y ejecuto lo anterior y acepto sus términos.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha



## **Su Renuncia y Liberación de Responsabilidad**

En consideración de que el abajo firmante pueda usar las instalaciones y el equipo de Solano Sports Physical Therapy, Inc., los abajo firmantes, individualmente y en nombre de los herederos del suscrito, representantes y familiares están de acuerdo en (I) liberar, dispensar y despedir, e indemnizar y eximir de responsabilidad a Solano Sports Physical Therapy, Inc. y sus empleados y afiliados, de toda pérdida, gasto y responsabilidad por lesión, muerte o daño a la persona o propiedad del abajo firmante, ya sea por negligencia de Solano Sports Physical Therapy, Inc., sus empleados o afiliados, o de otro modo, mientras usan las instalaciones o el equipo de Solano Sports Physical Therapy, Inc.; y (II) asume la plena responsabilidad por el riesgo de lesiones, muerte o daño a la persona o propiedad del abajo firmante, mientras usa las instalaciones o el equipo de Solano Sports Physical Therapy, Inc.

El abajo firmante reconoce que no se han hecho declaraciones o acuerdos orales o escritos contrarios a este documento al abajo firmante y que este documento reemplaza todas y cada una de las declaraciones y acuerdos anteriores con Solano Sports Physical Therapy, Inc. Este documento solo puede ser modificado por escrito. por Solano Sports Physical Therapy, Inc.

Los acuerdos en este documento continuarán y no finalizarán sin el consentimiento previo por escrito de Solano Sports Physical Therapy.

El abajo firmante entiende los posibles riesgos y peligros involucrados en el uso de instalaciones y equipos de rehabilitación física. El abajo firmante ha leído, entiende y firma voluntariamente este documento.

---

Nombre

---

Firma

---

Fecha



**Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud**  
**Formulario de Consentimiento (HIPAA)**

Por la presente reconozco que un aviso actual de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Solano Sports Physical Therapy, Inc se publica en el área de recepción. Además, reconozco que tengo disponible una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad si la solicito.

Además, reconozco que la lista de personas a continuación no está directamente relacionada con mi atención médica, pero están autorizadas a recibir información médica que me pertenece. Estas personas pueden incluir, maridos, parejas, socios, empleadores, amigos, padres y / o contactos de emergencia. Si el paciente está bajo el cuidado de un padre o tutor legal, el padre o tutor legal proporcionará esta información. **NO ESTOY BAJO NINGUNA OBLIGACIÓN DE LLENAR ESTA SECCIÓN. SOLANO SPORTS PHYSICAL THERAPY, INC OBEDECE A LAS REGLAS DE HIPAA Y NO PUBLICARÁ INFORMACIÓN A PERSONAL NO AUTORIZADO SIN MI CONSENTIMIENTO ESCRITO.**

Nombre	Relacion	Iniciales

---

**Nombre y Apellido**

---

**Firma**

---

**Fecha**

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



### **ACUERDO PARA CITAS Y PAGO**

Solo se verán pacientes con citas programadas. Hacemos todo lo posible para llegar a tiempo y solicite que se nos extienda la misma cortesía. Si no puede mantener una cita, notifique a nuestra oficina de inmediato. Esta cortesía de su parte hace posible darle una cita a otra persona que necesita tratamiento.

Nos reservamos el derecho de cobrar \$50 por citas perdidas o canceladas sin un aviso de 24 horas de anticipación. Su compañía de seguros no se hace responsable de este cargo.

La tardanza repetida o no presentarse a las citas programadas 2 o más veces resultará en la eliminación de sus citas futuras y su médico recibirá una notificación sobre su incumplimiento . Si usted es un paciente de compensación de trabajadores, le notificaremos a su administrador de casos y a su médico.

Apreciamos que los pacientes lleguen temprano a sus citas; sin embargo, llegar temprano no garantiza que lo vean antes de la hora programada de su cita.

¡Muchas gracias por su cooperación!

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / guardián / parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha