

Bienvenidos a **All Star Physical Therapy, Inc.** Para servirle, favor de proveer la siguiente informacion.  
Esta informacion es estrictamente confidencial

<b>Nombre del paciente:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____		<b>Numero de SS:</b>	
		<b>Edad:</b> _____		<b>F / M</b>	
				_____/_____/_____	
<b>Direccion:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	
				<b>Codigo Postal:</b>	
				<b>Numero de Telefono Celular:</b>	
<b>Razon de su visita:</b>			<b>Referido(a) por:</b>		
<b>Contacto de emergencia:</b>			<b>Numero de telefono (contacto de emergencia):</b>		
<b>Correo Electronico:</b>				<b>¿Recordatorio por medio de texto? S / N</b>	

**Partido Responsable (Solamente si el paciente es menor de edad):**

<b>Nombre:</b>	<b>Relacion al paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>

**SEGURO PRIMARIO**

<b>Seguro:</b>	<b>Numero De Poliza:</b>	<b>Nombre Del Suscriptor:</b>	<b>Fecha De Nacimiento:</b>

<b>Seguro:</b>	<b>Numero De Poliza:</b>	<b>Nombre Del Suscriptor:</b>	<b>Fecha De Nacimiento:</b>

**¿Tiene un reclamo de compensacion de trabajo activo relacionado con su visita de hoy? SI / NO**

**¿Su visita de hoy estará cubierta por un accidente de un tercero o de un automóvil? Si / NO**

**AVISO DE PRIVACIDAD**

Por la presente autorizo el uso o la divulgacion de mi informacion de salud indenticable individualmente como se describe en la divulgacion de practicas de privacidad para All Star Physical Therapy, Inc. Se proporcionara una copia de la notificacion de practicas de privacidad a mi peticion.

**ASIGNACION DE BENEFICIOS / COMUNICADO DE INFORMACION / AUTORIZACION DE TRATAMIENTO**

Autorizo el pago de prestaciones medicas a All Star Physical Therapy, Inc por los servicios provenidos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier importe no cubierto por mi seguro medico. Autorizo el comunicado a mi compania de seguros la informacion sobre cuidados previstos para mi. Esta informacion sera utilizada con el fin de evaluar y administrat los reclamos de beneficios. Tambien autorizo el equipo interdisciplinario para realizar los tratamientos o procedimientos aprobados por mi medico. Reconosco que no me hicieron ningunia garantia expresa o implicita con respecto al resultado de cualquier procedimiento o tratamiento.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o guardian legal (para menores de edad):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA (HIPAA)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Las regulaciones de privacidad (HIPAA) requieren que tengamos un formulario de autorización firmado por el paciente para que podamos hablar con familiares, amigos y otras personas relacionadas con el tratamiento médico. Cada persona debe aparecer individualmente por nombre.

Escriba el nombre, la relacion y el numero de telefono de cada persona a la que autoriza divulgacion de su informacion medica privada.

Nombre:	Relacion:	Numero de Telefono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La informacion no debe ser divulgada a nadie.

### Messages

Favor de llamar a:  Casa  Celular

Si no logramos comunicarnos:

- Dejar mensaje detallado
- Solo dejar un mensaje pidiendome que devuelva la llamada

Por la presente autorizo el uso de la divulgación de mi información médica identificable individualmente como se describe en la divulgación de prácticas de privacidad de **All Star Physical Therapy, Inc.**  
Se proporcionara una copia de las practicas de privacidad a mi solicitud.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Gracias por elegir a **All Star Physical Therapy, Inc.** para proporcionar sus necesidades de terapia física. Por favor sea conciente de nuestra poliza en cuanto a citas perdidas o canceladas con menos de 24 horas de anticipacion. Tales citas resultaran en un cargo de \$75.00, responsabilidad del paciente.

**Efectivo el 1ero de Enero, 2019:**

Entiendo que se me cobrará una tarifa de retraso/ cancelación de \$75 si no puedo dar al menos 24 horas de anticipación antes de cancelar mis citas. Entendemos enfermedades y emergencias.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Entiendo que se me cobrará una tarifa de \$75.00 si no llego a mi cita a tiempo.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Entiendo que estos cargos son un gasto del bolsillo del paciente y que mi compañía de seguros no cubrirá estos cargos.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente(imprimir):** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o guardian (si el paciente es menor de edad):** \_\_\_\_\_

# All Star Physical Therapy

## Historial Medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: M / F

Explique como se lastimo: \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Fecha de cirugia: \_\_\_\_\_

Radiografias/MRI/Exámenes especializados: \_\_\_\_\_

Condiciones previas/sirugias relacionadas a su condicion actual? S / N Explique: \_\_\_\_\_

Trabaja actualmente? S / N Tipo de profecion: \_\_\_\_\_ # de años trabajando: \_\_\_\_\_

Que pocisiones, movimientos, actividades se le dificultan (circule): sentarse / estar de pie/ agacharse/ girar/ arrodillarse/ agacharse/ caminar/ subir y bajar escalones/ levantarse/ apretar/ cargar/ levantar Otra actividad: \_\_\_\_\_

Describa su dolor (circule): ardiente/ agudo/ palpitante/ punzadas/ entumecido/ hormigueo/ constante/ intermitente

Intensidad de dolor peor: no dolor- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 –Dolor severo

Intensidad de dolor actualmente: no dolor - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Dolor severo

Intensidad de dolor mas leve: - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 –Dolor severo

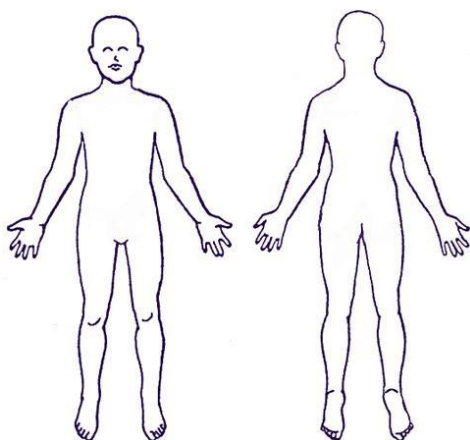
Historial de caidas: Se lastimo a causa de una caida? S / N Dos o mas caidas en el año pasado? S / N

### Lista de Medicamentos

No tomo medicamento

Nombre / Dosis	Razon	Cuando la tomo	Como la tomo (oral/topical)

Indique en el diagrama donde esta su dolor.



Actualmente sufre o ha sufrido de las siguientes condiciones?

- |                     |       |                            |       |
|---------------------|-------|----------------------------|-------|
| Alzheimer's         | S / N | Historial de cancer        | S / N |
| Cardiovascular      | S / N | Huntington's               | S / N |
| Cauda Equina        | S / N | Inmunosupresion            | S / N |
| Cerebro vascular    | S / N | Lupus                      | S / N |
| Infeccion presente  | S / N | Distrofia Muscular         | S / N |
| Diabetes I          | S / N | Obesidad                   | S / N |
| Diabetes II         | S / N | Osteoartritis              | S / N |
| Fibromialgia        | S / N | Parkinson's                | S / N |
| Fractura            | S / N | Artritis reumatoidea       | S / N |
| Fractura sospechada | S / N | Lesion cerebral traumatic  | S / N |
| Alta presion        | S / N | Marcapasos                 | S / N |
| VHI/MRSA            | S / N | Algún otro (Escriba abajo) | S / N |

Firma

Fecha

Favor de informar a su terapeuta si ocurre algun cambio