

Hood River Physical Therapy, Inc.

Información de Paciente de Asistencia Médica

Nombre: _____	Seguro Social# _____ - _____ - _____	Sexo: M__ F__	
Domicillio: _____	Cuidad: _____	State: _____	Codigo: _____
Telefono: (_____) _____	Telefono de mensaje (_____) _____		
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Estado civil: S__ C__		
Direccion del correo electronico: _____			
Contacto mas cercano relativo para emergencia: _____	Telefono: (_____) _____		

¿Cómo eligió usted nuestra práctica? (compruebe todo que se aplica) Amigo/Pariente: NOMBRE: _____
Hospital _____ Ins Co. _____ Páginas Amarillas _____ Médico _____ Antiguo Patrón Paciente _____ Otro _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

(Por favor presente su Asistencia médica y tarjetas suplementales de seguros para la copia)

Asistencia médica número de ID: _____	¿Esta usted trabajando? Si?__ No?__
¿Son usted de Clear Choice? Si? ____ No? ____	
Seguro Suplemental/Secundario Medico _____	
El nombre del suscriptor: _____	Número de ID de Política: _____
Número de grupo: _____	

REPSONSIBILTY FINANCIERO

Como un servicio, el HRPT presentará los gastos para su tratamiento a su compañía primaria y secundaria de seguros, sin embargo, esto es su responsabilidad de pagar cualquier cantidad no pagada por su seguro.

1.) El HRPT añadirá que el 15 % por año interesa sobre todo ?el equilibrio paciente? cantidades si aquel equilibrio no es pagado por completo dentro de 30 días después de que está previsto.

2.) Si requieren que nosotros enviemos su cuenta a un tercero para cuentas receiveable ayuda, unos honorarios de 25.00 dólares me pueden aplicado a su cuenta. Si requieren que nosotros enviemos su cuenta a colecciones, unos honorarios de 50.00 dólares pueden ser aplicados a su cuenta.

He leído y entiendo la susodicha información en cuanto a las políticas del HRPT.

Autorizo el pago de beneficios médicos al Terapia Física, para servicios profesionales dados. Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria de tratar esta reclamación. Autorizo la liberación de archivos médicos y rayos X de cualquier médico o instalación médica necesaria y relacionada con mi tratamiento médico a Hood River Physical Therapy, Inc.

• Firma de paciente _____

• Fecha _____

Si el paciente es menor de edad, tiene que tener su firma de los padres..

HOOD RIVER PHYSICAL THERAPY, INC.
Historial Médico Paciente

Para asegurarnos que su evaluación sea completa, porfavor dénos informacion importante en la siguiente forma. Si no entiende alguna pregunta, su terapeuta le ayudará.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

OCUPACIÓN: _____ NÚMERO CASA/TRABAJO: _____

ACTIVIDADES DE ENTRETENIMIENTO : _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Por favor compruebe si usted ve actualmente a cualquiera de los profesionales de asistencia médica siguientes.

Médico ___ Siquiatra/Sicologo ___ Osteopath ___ Terapista ___ Ocupacional ___ Dentista ___ Quiropractico ___

Si usted ah visto a alguno de estos doctores en los pasados tres meses, porfavor describa por cuales razones. (Enfermedad, Condicion Medica, Fisica, etc.)

¿Usted ah sido diagnosticado con las siguientes enfermedades?

Cancer ¿QUE TIPO? : _____

Problemas del Corazon _____ Diabetes _____

Alta Presion (sangre) _____ Depresion _____

Asma _____ Hepatitis _____

Emfisema/Bronquitis _____ Tuberculosis _____

Dependencia Quimica _____ Ataques al Corazón _____

Problemas de Etiroides _____ Enfermedad en los Riñones _____

Sclerosis Multiples _____ Anemia _____

Artritis o Reumas _____ Epilepsia _____

Otras condiciones de Artritis _____ Otro _____

¿Usted está actualmente embarazado? Si? / No? Fecha de nacimiento esperado _____

¿Ha experimentado usted la pérdida de peso unexplined o la ganancia? Si? / No?

¿Ha experimentado usted la pérdida de control de vejiga o intestino? Si? / No?

¿Experimenta usted cualquiera de los siguientes?

¿Mareo? ___ ¿Oratoria de dificultad? ___ ¿Dificultad tragar? ___ ¿Ataques de gota? ___ ¿Doble visión? ___

Porfavor haga una lista de alguna otra condición por la cual usted ahiga sido hospitalizado/a, incluya fechas y razones por la cual hubo necesidad de ser hospitalizado/a.

<u>FECHA</u>	<u>CIRUGIA/HOSPITALIZACION</u>	<u>RAZON</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Porfavor describa alguna otra herida por la cual usted ah sido tratado. (Porfavor incluya fracturas y deslocaciones)

<u>FECHA</u>	<u>HERIDA</u>	<u>FECHA</u>	<u>HERIDA</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DE SU FAMILIA IMEDIATA (PADRES, HERMANOS) ALGUNA VEZ AN SIDO TRATADOS PARA LAS SIGUIENTES?

Diabetis_____ Cancer_____ Tuberculosis_____ Artritis_____ Problemas del Corazón_____ Anemia_____ Alta
 presion_____ Dolores de cabeza_____ Ataque al corazón_____
 Epilepsia_____ Enfermedad de riñones _____ Dependencia química de Alcohismo_____

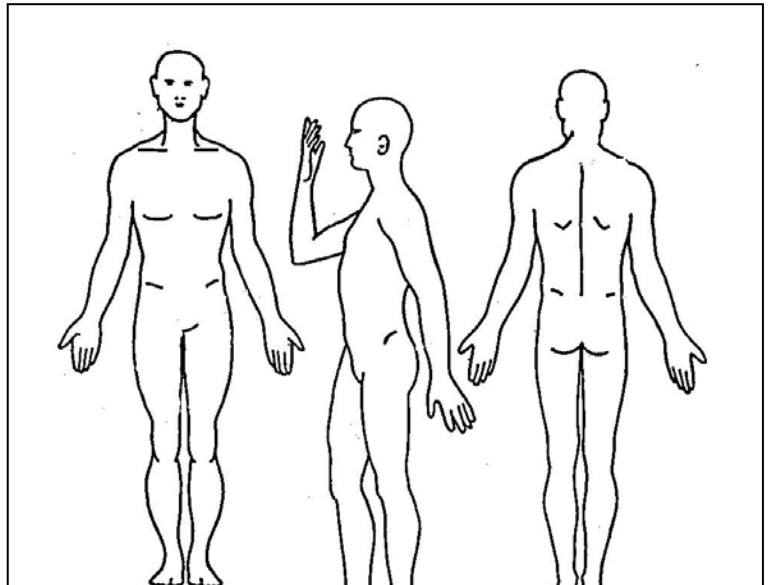
CUALES MEDICINAS AH TOMADO SIN PRESCRIPCION
EN LA ULTIMA SEMANA?

- _____ Aspirina
- _____ Tylenol
- _____ Advil/Motrin/Ibuprofen
- _____ Laxantes
- _____ Descongestionantes
- _____ Antihistamines
- _____ Anti-acidos
- _____ Vitaminas/ Suplementos
- Otro _____

Haga una lista de alguna otra medicacion que usted esta tomando ahora (INCLUYA pildoras, inyecciones, o parches en la piel).

Por favor ponga cualesquiera actividades en una lista esto aggravate su dolor

Por favor ponga sus estrategias corrientes en una lista de ayudar a aliviar su dolor



Por favor indique las partes de incomodidad o dolor (en las figures arriba) usando los sigientes simbolos:

/// = dolor +++ = sensacion anormal

*** = cosquilleo ooo = otro _____

Por favor indique su nivel de dolor en una escala del 0 – 10: _____

(0 = ningun dolor 10 = demasiado dolor)