

# Hood River Physical Therapy, Inc.

## Información de Paciente de Compensación de Trabajo

Nombre: _____	Seguro Social# _____ - _____ - _____	Sexo: M__ F__	
Domicilio: _____	Cuidad: _____	State: _____	Codigo: _____
Telefono: (_____) _____	Telefono de mensaje (_____) _____		
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Estado civil: S__ C__	Dirección del correo electronico: _____	
Contacto mas cerco relativo para emergencia: _____	Telefono: (_____) _____		
Patrón en tiempo de herida: _____	Telefono del trabajo: _____		
Domicilio: _____	Cuidad: _____	Estado: _____	Codigo: _____
¿Ha sido archivada una reclamación? Si? ____ No? ____	Nombre de contacto del trabajo: _____		
Posición en el trabajo: _____			

¿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

Seguro de accidentes del trabajo: _____			
Dirección de Seguros: _____	Cuidad: _____	Estado: _____	Codigo: _____
Telefono: _____	CL#: _____	Fecha de herida: ____/____/____	
Ajustador o persona de contacto: _____			
Por favor provéanos de su información médica de seguros y presente su tarjeta para la copia. No facturaremos su seguro médico a menos que su trabajo comp seguro niegue su reclamación.			
Pacientes seguro medico: _____	Nombre del Suscriptor: _____		
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Relación: _____	ID de política: _____	Numero de grupo: _____

## REPONSIBILIDAD 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 Río de Capucha Terapia Física, Inc. 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 al Río de Capucha Terapia Física, Inc.

• Firma de paciente \_\_\_\_\_

• Fecha \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, su padre le tiene que firmar.

**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.

FECHA                      CIRUGIA/HOSPITALIZACION                      RAZON

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

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?

Diabetes\_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_

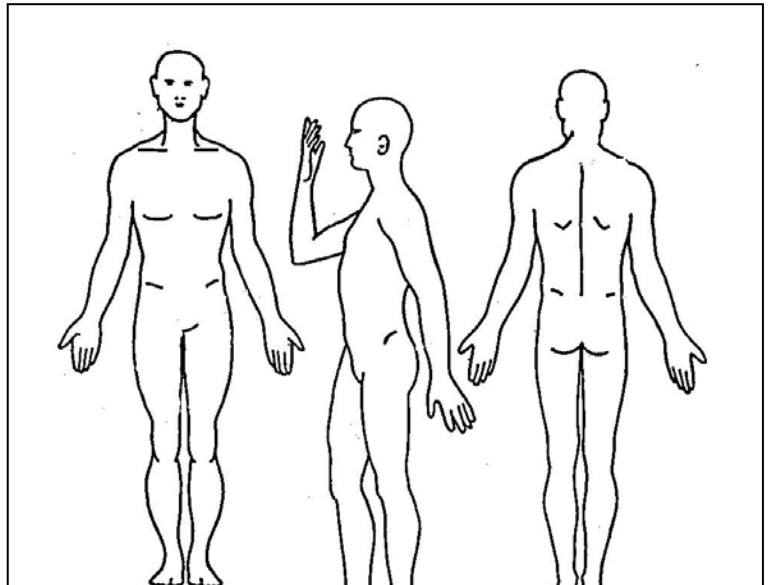
\_\_\_\_\_

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)