

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	_____	Diabetis	_____
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)

FECHA

HERIDA

FECHA

HERIDA

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____

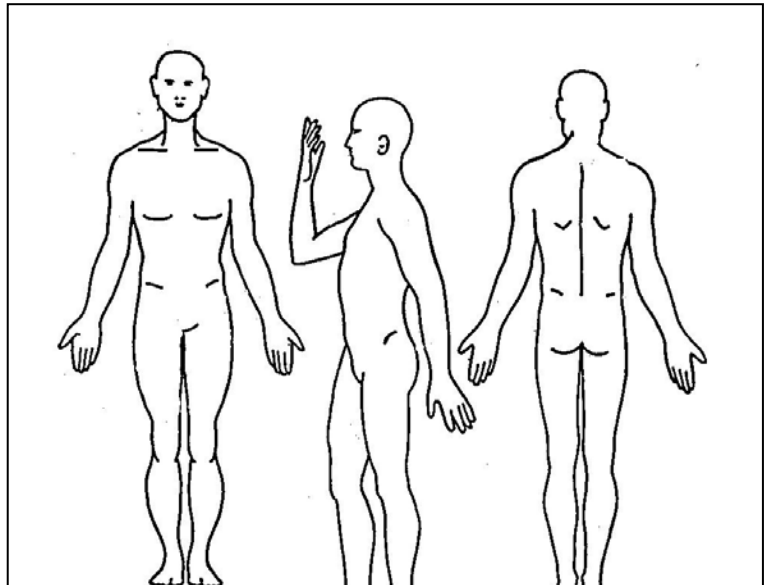
CUALES MEDICINAS AH TOMADO SIN PRESCRIPCION
EN LA ULTIMA SEMANA?

- ____ 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)



HOOD RIVER PHYSICAL THERAPY

2690 May Street Hood River, OR 97031 541-386-2441 fax 541-386-5869 www.hoodriverPT.com

Normas de HRPT / Acuerdo con el paciente

1.) **PAGOS:** Todos los honorarios aplicables, co-pagos, o compras de suministros medicos o terapéuticos deben ser pagados el día de su cita. Aceptamos el dinero en efectivo, los cheques, o las tarjetas de crédito VISA o MasterCard.

MANDE MI CUENTA POR CORREO ELECTRÓNICO: _____

(Tengo entendido que el correo electrónico enviado desde Hood River Physical Therapy no está codificado y no puede ser considerado seguro)

MANDE MI CUENTA POR CORREO: _____

2.) **CANCELACIONES:** Si necesita cancelar su cita, se ruega por favor llamarnos con por lo menos 24 horas de anticipación al número (541) 386-2441. *De no ser así, se le podrían cobrar \$10 como tarifa de cancelación.*

3.) **HORA DE LA CITA:** Les pedimos a nuestros pacientes que por favor lleguen en horario a su cita. Esto va a facilitar nuestra habilidad para darles el tratamiento que necesiten. En un esfuerzo por servir a todos nuestros pacientes eficazmente, aquellos pacientes que lleguen con 10 minutos o más de tardanza podrían encontrarse con que su cita deberá ser cambiada a otra hora y/o día.

4.) **CAMBIO DE INFORMACIÓN:** Tenga, por favor, la bondad de comunicarnos cualquier cambio en su número de teléfono, dirección, o información de seguro lo más pronto posible, para que podamos poner al corriente nuestras fichas.

5.) **TELÉFONO CELULAR:** Tenga, por favor, la bondad de dejar apagado su teléfono celular durante su cita por cortesía hacia nuestros pacientes y hacia el personal de la clínica.

6.) **FRAGANCIA/PERFUME/COLONIA:** Debido a las alergias o la sensibilidad de los demás pacientes, le pedimos que nos ayude a mantener este ambiente libre de perfumes.

Yo, el fiador y persona responsable, estoy de acuerdo con las normas antedichas y acepto las condiciones con respecto a pagos y responsabilidades.

Firma

Fecha

Nombre escrito con letra de imprenta