



### Información Personal

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

Empleado: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

# de seguro social: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación a Usted: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_ Médico primario: \_\_\_\_\_

Por favor marque **cómo se enteró inicialmente de Pro-PT?**

Médico  Paciente Anterior  Familia/Amigo  Entrenador  Sitio Web  Facebook  Otros Medios: \_\_\_\_\_

### Aseguranza Medica

Nombre del plan primario: \_\_\_\_\_

Nombre del plan secundario: \_\_\_\_\_

# ID: \_\_\_\_\_

# ID: \_\_\_\_\_

# Grupo: \_\_\_\_\_

# Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Preguntas importantes

¿Está recibiendo **atención médica en el hogar** de enfermera, PT, OT o terapeuta del lenguaje?  Sí  No

¿Ha tenido alguno de los siguientes servicios **este año**? Si es así, indique el sitio y # de visitas:

Fisioterapia  Sí  No Sitio: \_\_\_\_\_ # de visitas: \_\_\_\_\_

Terapia ocupacional  Sí  No Sitio: \_\_\_\_\_ # de visitas: \_\_\_\_\_

Terapia cardiaca  Sí  No Sitio: \_\_\_\_\_ # de visitas: \_\_\_\_\_

Quiropráctica  Sí  No Sitio: \_\_\_\_\_ # de visitas: \_\_\_\_\_

Terapia del lenguaje  Sí  No Sitio: \_\_\_\_\_ # de visitas: \_\_\_\_\_

Es una **reclamación de compensación del trabajo**?  Sí  No Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Fue un **accidente de vehículo**?  Sí  No Fecha de accidente: \_\_\_\_\_



## Información Médica

En sus propias palabras, por favor **explique** su problema:

---

---

---

Por favor de indicar cuando comenzó su problema:

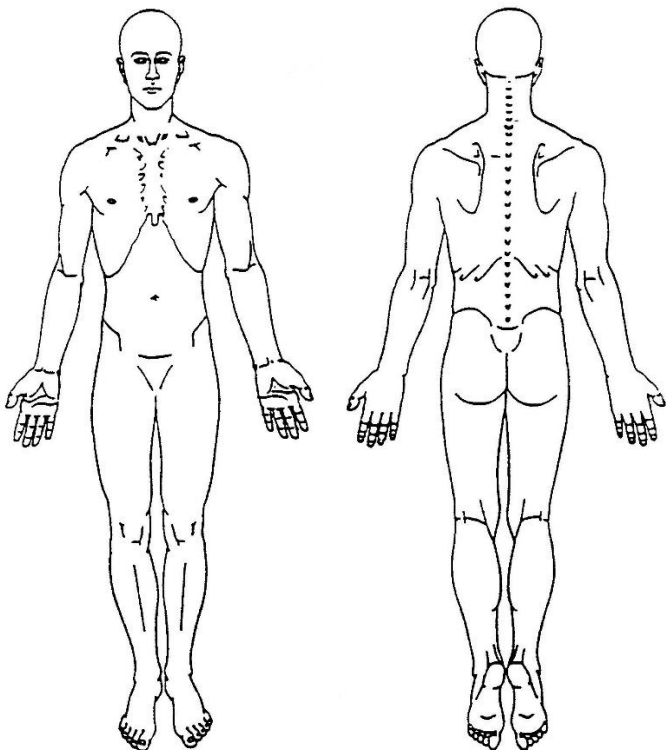
Fecha de inicio del problema: \_\_\_\_\_ Fecha de la cirugía, si corresponde: \_\_\_\_\_

Por favor de indicar **con qué frecuencia** sus síntomas están presentes:

constantemente     intermitentemente     nunca

¿Desde el inicio de sus síntomas, usted está?     Mejorando     Empeorando     No ha cambiado

Utilizando la imagen del cuerpo, indique por favor **dónde** siente sus síntomas:



Marque por favor **todas** las opciones que **describen** su dolor:

- |                                      |                                      |                                    |                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agudo       | <input type="checkbox"/> Adolorido   | <input type="checkbox"/> Punzante  | <input type="checkbox"/> Atranca |
| <input type="checkbox"/> Pulsaciones | <input type="checkbox"/> Debilidad   | <input type="checkbox"/> Ardiente  | <input type="checkbox"/> Trueno  |
| <input type="checkbox"/> Dolores     | <input type="checkbox"/> Adormecido  | <input type="checkbox"/> Hormigueo | <input type="checkbox"/> Falla   |
| <input type="checkbox"/> Dolor sordo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                                    |                                  |

Marque por favor **las** actividades que **agravan** su dolor:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcanzando arriba de la cabeza         | <input type="checkbox"/> Mirando hacia arriba  |
| <input type="checkbox"/> Cargando objetos                       | <input type="checkbox"/> Mirando hacia abajo   |
| <input type="checkbox"/> Levantando objetos                     | <input type="checkbox"/> Volteando la cabeza   |
| <input type="checkbox"/> Alcanzado detrás de la espalda         | <input type="checkbox"/> Sentándose            |
| <input type="checkbox"/> Poner o quitarse la camisa             | <input type="checkbox"/> Conduciendo           |
| <input type="checkbox"/> Acostándose sobre el brazo involucrado | <input type="checkbox"/> Acostándose           |
| <input type="checkbox"/> Participando en deportes               | <input type="checkbox"/> Otra actividad: _____ |

Marque por favor **las** actividades que **disminuyan** su dolor:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Descansando     | <input type="checkbox"/> Soportando el brazo | <input type="checkbox"/> Compresas calientes |
| <input type="checkbox"/> Evitando el uso | <input type="checkbox"/> Medicación          | <input type="checkbox"/> Compresas frías     |
| <input type="checkbox"/> Estiramiento    | <input type="checkbox"/> Otros: _____        |  |

Usando la escala de abajo, marque el nivel de dolor que tenga menos durante el día y también marque el más alto dolor.

0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

Sin dolor Dolor intolerable

Cuello, torácico, extremidad superior



Por favor identifique **3 actividades importantes** que usted es incapaz de hacer, o tiene dificultad haciendo debido a su problema. Por ejemplo: deporte, actividad recreativa, jugar con niños o nietos, actividades específicas de trabajo:

- 1.
- 2.
- 3.

Por favor indique qué tipo de **imágenes diagnósticas** ha recibido para esta lesión:

Radiografía    IRM    Tomografía Computada    Tomografía ósea   Resultados: \_\_\_\_\_

Por favor liste **todos los medicamentos** que está tomando o *proporcione una lista* que podamos copiar:

Actualmente no estoy tomando ningún medicamento

### Medicaciones

Medicaciones		

Por favor escriba cualquier **alergia**: \_\_\_\_\_

Por favor **indique si tiene o ha tenido** cualquiera de los siguientes:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca               | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Dolores             | <input type="checkbox"/> Alergia al látex                  |
| <input type="checkbox"/> Colocación de stent -Fecha:       | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral/Embolia: | <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica/psicológica |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco- Fecha:           | <input type="checkbox"/> Artritis                  | <input type="checkbox"/> Tumores             | <input type="checkbox"/> Depresión                         |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Embarazada                | <input type="checkbox"/> Problemas vesicales | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C)               |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos                        | <input type="checkbox"/> Caídas                    | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA            | <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____             |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta             | <input type="checkbox"/> Mareos, vértigo           | <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Otra condición:                   |
| <input type="checkbox"/> EPOC (COPD)                       | <input type="checkbox"/> Desmayo                   | <input type="checkbox"/> Náuseas, vómitos    |  |

Por favor escriba **cirugías importantes** que ha tenido:

---

---

---



## Poliza Financiera

Por favor, **lea lo siguiente y ponga sus iniciales** a cada declaración indicando que usted ha leído y comprendido la póliza financiera de PRO-PT.

Inicial

\_\_\_\_\_ Todos los co-pagos y las porciones son responsabilidad del paciente al tiempo de servicios (cuand sea aplicable) como se indica en el formulario financiero que se le a proporcionado por PRO-PT en el momento de la evaluación inicial.

\_\_\_\_\_ Pago se debe en su totalidad al momento del servicio a menos que otros arreglos se haigan hecho. Usted es responsable de todos los bienes duraderos en el momento de la aceptación de la mercancía. Aceptamos efectivo, cheques, y algunos tipos de tarjetas de crédito. PRO-PT pondrá en marcha un plan de pago de balances en forma individual, según se considere necesario.

\_\_\_\_\_ Si el pago no se recibe de la compañía de seguros o de algun tercer responsable en 90 días, tenemos el derecho de cobrarle a usted directamente. Por favor notifiquenos inmediatamente de cualquier cambio en su seguro o cobertura.

\_\_\_\_\_ Veinticuatro horas de anticipación se requiere para las copias de los registros médicos y puede haber un honorario nominal.

\_\_\_\_\_ **PRO-PT reserva el derecho de cobrar \$ 25 por cualquier cita donde el paciente no se presenta o no cancela dentro de un período de 24 horas de su cita.**

\_\_\_\_\_ Sé que la verificación no es una garantía de pago y que yo soy responsable de los saldos pendientes que quedan después de mi seguro.

Autorizo a PRO-PT para proporcionarme servicios de terapia física y proporcionar más información a mi compañía de seguros, el portador de compensación al trabajador, trabajador social, abogado, y mi médico acerca de mi lesión y tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios prestados.

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

## Compensación de trabajador

Inicial

\_\_\_\_\_ **WC** – Yo entiendo que si no me precento o no canelo dentro de un peridodo de 24 horas de mi cita que PRO-PT tiene un obligacion a notificar a mi ajustador.

\_\_\_\_\_ **VA** – Yo entiendo que si no me precento o canelo excesivo mi tratamiento puede ser finalizado.

Autorizo a PRO-PT para disponer servicios de terapia fisica y de màs informacìon a mi compensaciòn del trabajador mi medico acerca de mi lesion y tratamiento.

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