



PRIME REHAB CENTER

PHYSICAL THERAPY | OCCUPATIONAL THERAPY

Informacion del Paciente:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sex: M F
Domicilio: _____ Numero de Seguro: _____
Ciudad: _____ Codigo: _____ Numero de Telefono: _____

Heredias / Enfermedades:

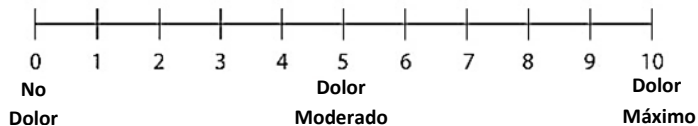
Describa cómo se lesionó o cómo comenzó su dolor, incluyendo cualquier cirugía relacionada :

¿Cuándo se Lastimo? _____

Areas Lastimadas: _____

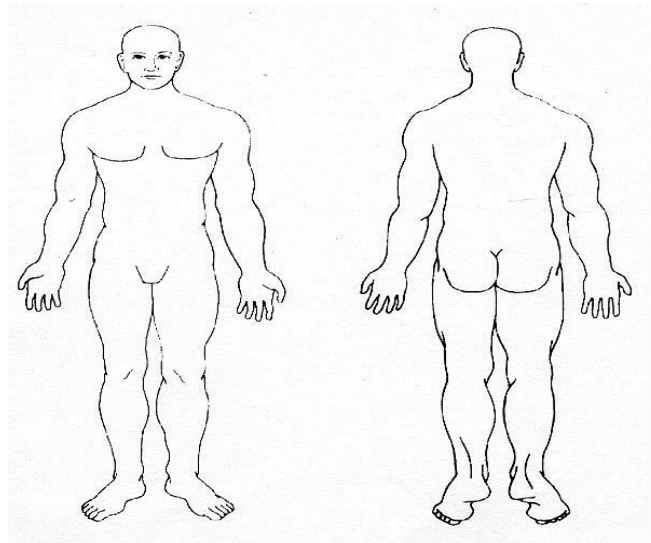
Areas de Dolor: _____

Escala de Dolor (1-10):



¿Ha recibido tratamiento para esta lastimadura en el pasado? Por favor describir el tratamiento, incluyendo fechas? _____

Marque "X" en el área (s) de dolor



Informacion de Seguridad

Seguranza Primaria: _____ Numero de Miembro: _____

Seguranza Secundaria: _____ Number de Miembro: _____

Medicare : Entre los ultimos 3 meses, ha recibido algun servicio de salud en casa? ____ Yes ____ No
Por favor describe el servicio y las fechas de servicio. _____

Worker's Compensation:

Empleador: _____ Título Ocupacional: _____

Estado de Empleo: Retirado | Full Time | Part Time | Trabajo Restringido | Trabajo Normal | *No Trabajando

*Si en este momento no está trabajando, ¿Cuándo fue el último día en que trabajó? _____

Certifico que la información de esta página es verdadera y correcta.

Firma del Paciente / Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____



PRIME REHAB CENTER

PHYSICAL THERAPY | OCCUPATIONAL THERAPY

Cuestionario de Historia Médica

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán en su tratamiento. Gracias por su cooperación.

Nombre: _____ Lenguaje Primario: _____

Historia Médica:

¿Alguna vez has sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las que apliquen)

Enfermedad Cardíaca (Heart Conditions)	Si No	Enfermedad del Hígado	Si No
Tiene Marcapaso (Pacemaker)	Si No	Enfermedad del Riñón	Si No
Derrame Cerebral (Stroke)	Si No	Enfisema (Emphysema)	Si No
Diabetes, Tipo 1	Si No	Asma (Asthma)	Si No
Diabetes, Tipo 2	Si No	Osteoporosis / Osteopenia	Si No
Alta Presión (High Blood Pressure)	Si No	Artritis	Si No
MRSA / VRE	Si No	Epilepsia (Epilepsy)	Si No
Cáncer	Si No	Depresión (Depression)	Si No
Especifique el tipo: _____		Tuberculosis	Si No

Activo/ No Activo

¿Hay alguna otra información sobre su historia médica que debemos de saber? Por favor explique:

¿Está tomando algún medicamento? (Recetado y/o sin receta médica) SI _____ NO _____

Historia de cirugía: Por favor, indique hospitalizaciones o cirugías que ha tenido.

¿Existe alguna posibilidad de que esté **embarazada**? SI _____ NO _____ (*Por favor avísenos si esto cambia.)

Comentarios adicionales o preocupaciones: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Numero #: _____

Relacion al paciente: _____

Certifico que la información de esta página es verdadera y correcta.

Firma del Paciente / Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____



Consentimiento para terapia Física y Ocupacional

Nombre del paciente: _____

Por favor de inicial:

_____ **Consentimiento:** Consiento y autorizo a Prime Rehab Center, (incluyendo a los estudiantes en entrenamiento), para administrar tratamiento de terapia física y/o ocupacional bajo la dirección y supervisión del terapeuta físico y/o ocupacional. Entiendo y estoy informado que, como en la práctica de la medicina, la terapia física y ocupacional puede tener algunos riesgos. Entiendo que tengo el derecho de preguntar sobre estos riesgos y tener cualquier pregunta sobre mis condiciones contestadas antes del tratamiento.

_____ **Divulgación de Información:** Prime Rehab Center, libera información sobre el cuidado de salud del paciente para propósitos de tratamiento y pago y/o a otras organizaciones de atención de la salud, como se explica en nuestro HIPPA Noticia de Privación Práctica. Autorizo la liberación de cualquier información médica o de otro tipo pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso con el propósito de tramitar reclamaciones y asegurar el pago de beneficios.

Por favor, especifique las entidades específicas según sea necesario: (Ejemplo: abogados, etc.)

Nombre: _____ **Phone:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado/Zip** _____

_____ **Sin Garantías:** Entiendo que la práctica de la terapia ocupacional y física no es una ciencia exacta y que ningunas garantías han sido hechas a mí a consecuencia de tratamientos o exámenes por el fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o personal soportante. Entiendo que ningún contrato, garantía, o promesa acerca de los resultados de los servicios de la terapia físicos son hechos.

_____ **Estacionamiento Público:** Prime Rehab Center no es responsable por daños personales, daños de vehículos estacionados, robo/ pérdida, o equipo y contenidos. Estacionase a su propio riesgo.

_____ **Interferential Current Therapy, IFC/ICT:** Reconozco que ICT/IFC puede causar anomalías de la piel como: marcas moradas, moretes, y/o ampollas menores. Reconozco que estas marcas pueden comenzar a desaparecer después de varios días, pero pueden permanecer durante unas dos o tres semanas.

_____ **Cobertura de Seguro** Entiendo y estoy de acuerdo que aunque Prime Rehab Center pueda verificar mis beneficios, es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene algún deducible, copago, el coaseguro, fuera-de-red, requisitos de autorización o algún otro tipo de la limitación para los servicios que recibo y acepto hacer el pago en su totalidad, si procede.

_____ **Cheques/Gravámenes Devueltos:** Los cheques devueltos están sujetos a un cargo administrativo de \$20.00 y a la carga del banco por cheques rebotados.

_____ **Pacientes Menores:** El padre o tutor legal que acompañan a un menor es responsable de cualquier pago de servicio. A los menores no acompañados, (menores de 18 años), se les negara el tratamiento, (a menos que sea una emergencia médica). La única manera en que un menor puede recibir tratamiento es si el padre o tutor legal proporciona el consentimiento de tratar al menor solo, sin la presencia del padre o tutor legal.

Iniciando aquí _____ autorizo a Prime Rehab Center y a sus empleados a evaluar y proporcionar el tratamiento sin la presencia de un padre o tutor legal. Libero a Prime Rehab Center y sus empleados contra cualquier y toda responsabilidad que puede ocurrir dentro del local mientras que un padre o tutor legal no está presente.

Autorizo a Prime Rehab Center para proporcionar una evaluación y tratamiento que el terapeuta considere necesario al tratamiento. Autorizo el intercambio de información con médicos, proveedores de seguros y/o otras personas que se consideren necesarias. Entiendo que al firmar este formulario libero a Prime Rehab Center y sus empleados de la responsabilidad de cualquier lesión personal que pueda ocurrir en las instalaciones. Reconozco que he revisado una copia del aviso de la política de privacidad. El paciente o la parte responsable de la firma reconoce que el/ella ha leído y esta de acuerdo con la información contenida en este formulario es correcta en mi mejor conocimiento.

Certifico que la información de esta página es verdadera y correcta.

Firma del Paciente / Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____



Póliza de Asistencia a Terapia

Prime Rehab Center Physical Therapy le ofrece a cada paciente la más alta calidad de atención mientras acomodamos su horario para su conveniencia. Hacemos horarios reservados para cada paciente con para minimizar su tiempo de espera. Su constante participación con su tratamiento es primordial para su recuperación total.

Con respecto a su terapeuta y a los otros pacientes, pedimos su cooperación con las pólizas que siguen:

- **Si llega más de 15 minutos tarde a su cita sin notificarnos, el tratamiento puede ser cancelado o reprogramado. (Las emergencias se considerarán caso por caso).**
- **Debido a restricciones de tiempo, las citas programadas a las 11:00 a.m. y 4:30 p.m. NO pueden llegar tarde.**
- Una cita programada debe de hacer cancelada 24 horas antes del horario programado.
- Si no se presenta a tres (3) citas consecutivas sin notificarnos, ("NO SHOW") resultará en la cancelación de todas las citas programadas.
- Las cancelaciones frecuentes y las ausencias se documentarán en su registro médico y se informarán adecuadamente a su médico y al pagador de seguros / tercero pagadores.
- El incumplimiento repetido de la "POLIZA DE ASISTENCIA" resultará en que su nombre sea colocado en una lista de "Programación Basado en Disponibilidad". Haremos todo lo posible para acomodarlo, cuando el espacio lo permite.

Creemos que esta póliza es necesaria para el beneficio de todos nuestros pacientes, para que podamos continuar ofreciendo un tratamiento de alta calidad y un servicio justo a todos.

Prime Rehab Center Physical Therapy agradece su cumplimiento y cooperación con esta póliza. Estamos aquí para ayudarle a alcanzar sus objetivos terapéuticos y optimizar su regreso a sus actividades previas a la lesión.

Certifico que la información de esta página es verdadera y correcta.

Firma del Paciente / Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____