

El Médico nombre: _____ ¿Cuándo tiene cita con el médico?: _____

Historial Medico

¿Has recibido cualquier terapia física en este año de calendario actual? Si No

¿Se han tratado aquí o por otro fisioterapeuta anteriormente? Si No

Si, donde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Es la misma condición? Si No Si no, por favor especifique: _____

Fecha de inicio de la actual episodio de síntomas/lesiones/enfermedad: _____

¿Has visto a un médico para esta afección? Si No Si, ¿Cuándo? _____

¿Tienes un marcapasos? Si No

¿Qué tipo de dolor que está teniendo? Por favor una X en los cuadro/cuadros siguientes:

Doloroso	Adormecido	Hormigueo	Un dolor que quema	Punzante(shooting)

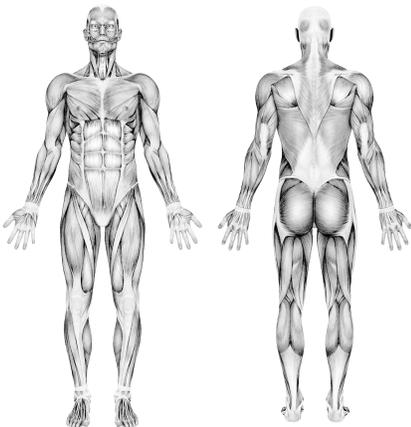
¿Si experimenta dolor, es allí cualquier cosa que le hace sentir mejor o peor? En pocas palabras explicar:

¿Dónde ocurrió la lesión? En Casa Escuela Trabajo Auto Otro: _____

¿La gravedad es el dolor? Por favor, haga un círculo en el número siguiente:

Suave(Bajo) dolor			Algo duro(Moderado) dolor				Muy duro(Maximal) dolor		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor, marque las áreas de dolor en el diagram siguiente:



Sírvase proporcionar una lista de sus medicamentos actuales.

Informacion de Responsabilidad

¿Quién será responsable de la factura? _____

Pagarán mi parte de responsabilidad financiera por: Dinero La Cuenta Tarjeta de credito

Asegurans PRIMARIA: _____ Telefono: _____

Nombre de la poliza: _____

Apellido _____ Primo _____ Medio _____

Poliza Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de poliza de trabajo: _____ Posicion: _____

Hay seguros secundario? Si No

Nombre de la compañía de seguros secundario: _____

¿ES LA RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES? Si No

Fecha de lesión: _____ Empleador al momento de la lesión: _____

Compañía de seguros: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Reclamo #: _____ Persona de Contacto: _____

¿ESTO ES UN CASO ACCIDENTE? Si No AUTO OTRO: _____

Compañía de seguros a pagar: _____

Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ Reclamo #: _____

Nombre de A liquidador: _____ Fecha de accidente: _____

¿Hay un abogado involucrado en su caso? Si No

Nombre de abogado: _____ Telefono Abogado: _____

Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Autorizo a Columbus fisioterapia, P.C. para proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi tratamiento y asignar por la presente a los terapeuta (s) todos los pagos por servicios prestados. Tengo entendido que yo soy responsable

de todos los cargos, incluso aquellos que no son pagados por mi seguro dentro de un plazo de 30 días a partir de la declaración inicial. Entiendo que al firmar doy mi permiso para tratamiento. Autorizo a mi médico para liberar los registros necesarios para garantizar el pago de las prestaciones a la terapia física Columbus, P.C. También autorizo a Columbus fisioterapia, P.C. ponerse en contacto con el Comisionado de seguro en mi nombre, me asista en la recepción de mis beneficios completos de seguros, si lo considera necesario.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Firma de menor (menores de 18 años de edad): _____

Nombre del Padre Impreso: _____ FECHA: _____

Que he sido provisto con un folleto requerido por el Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA) de fisioterapia Columbus, P.C. Este documento explica cómo información médica sobre mí podrá ser utilizada, divulgada o visitada.

Firma

Fecha

Office Use Only	
ITF:	PT:
Case:	

