
Primer Nombre Inicial

Apellido

Fecha de Nacimiento
Mes Día Año

Numero Seguro Social _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono celular: _____

Teléfono de casa: _____

¿Podemos dar un mensaje de voz detallado? Sí / No

Celular Casa

Quiere recordatorios de visitas: Sí / No

Texto o Correo electrónico

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Por favor, **marca** las respuestas apropiadas abajo:

Género: Masculino Femenina

Prefiero no responder

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Situación Empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Retirado/a Ama de casa Estudiante Desempleado/a Discapacitado/a

Ocupación: _____

Historia Social:

¿Tiene una historia de trauma o abuso? Sí / No

Físico Sexual Emocional

¿Hay costumbres o creencias religiosas que le gustaria que su terapeuta tenera en cuenta?

Por favor, explique: _____

Firma de paciente: _____

Fecha: _____

¿Ha tenido cambios significante en su vida en el año pasado? (Por ejemplo: mudando, cambia de trabajo, nacimiento de bebe, muerte en la familia) Explique:

Entorno de Vida: **marca** abajo

¿Con quién vive? Solo/a Esposo/a Hijo(s)

Compañero de habitación Otro pariente(s)

¿Te sientes seguro en casa? Sí / No

Preguntas de Salud General:

Fumando/tabaco: Nunca Pasado Presente

Cigarillos/día _____ Años que deja fumar _____

Consumo de alcohol: Nunca Raro Regularmente

Bebidas _____ por: día / semana / mes

Historia de usa o abuso de sustancias:

Nunca Pasado Presente

Substancia(s): _____

Ejercicio regular: días/semana _____

Tipo: _____

Quiere asistencia ayudar:

Dejar de fumar? Sí / No

Perdir la pesa? Sí / No

Combatir la adicción? Sí / No

¿Has caído en el año pasado? Sí / No

¿Cuántas veces? ____ ¿Ocurrió herida? _____

Escribe con la Derecha Izquierda Ambidextro

Marca estilo(s) de aprendizaje que prefeire:

Auditivo Visual Kinestésico

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?	Not At all	Several Days	More Than Half the Days	Nearly Every Day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3

Evalúe su salud en general:

Excelente Bien Razonable Pobre

Historia Medica

Médico/a de atención primaria: _____

Médico/a de referencia: _____

Está viendo otra(s) especialista(s)? (Marca abajo)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntor | <input type="checkbox"/> Naturópata |
| <input type="checkbox"/> Alergólogo | <input type="checkbox"/> Neurólogo |
| <input type="checkbox"/> Cardiólogo | <input type="checkbox"/> Nutricionista |
| <input type="checkbox"/> Cirujano | <input type="checkbox"/> Ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Consejero | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringólogo |
| <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Podólogo |
| <input type="checkbox"/> Especialista de dolor | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterólogo | <input type="checkbox"/> Reumatólogo |
| <input type="checkbox"/> Ginecólogo/obstetra | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Logopeda | <input type="checkbox"/> Quiropráctico |
| <input type="checkbox"/> Masajista | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Se han realizado pruebas diagnosticas? Marca

- | | | | |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------|
| Rayos-X | MRI | CT scan | Ultrasonido |
| Ecocardiograma | EMG | Electrocardiograma | |
| Análisis de sangre | Otro: _____ | | |

Alergias: Indique todas alergias a medicamentos, comidas y ambientales.

MEDICAMENTOS: Indique todos los medicamentos y suplementos (receta y sin receta) está tomando.

CIRUGIAS: Enumere todas las cirugias haya tenido incluyendo el año.

Altura: _____ Peso: _____

Historia Medica: Marca ha tenido alguno siguientes

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Trastornos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedades de piel |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Problemas tiroides |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Disautonomía / POTS | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (azúcar baja) | <input type="checkbox"/> Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos (EDS) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Lesion de cabeza | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Asimientos/epilepsia | <input type="checkbox"/> Intestinal irritable (SII) |
| <input type="checkbox"/> Migrañas/dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Problemas congénitos |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulación/vascular | _____ |

¿En el año pasado, ha tenido alguno de los siguientes?:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor/hinchazón en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones de corazón | <input type="checkbox"/> Dolor en la noche |
| <input type="checkbox"/> Tos/Ronquera | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Ganancia de peso |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Debilidad en brazos/piernas | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalfrios/sudores |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar | <input type="checkbox"/> Náusea/vómito |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación | <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato |
| <input type="checkbox"/> Tiemblas | <input type="checkbox"/> Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios | <input type="checkbox"/> Zumbidos/tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Cambias en función sexual | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Hombres: ¿Enfermedades de la prostata? Sí / No

Mujeres: Historia de

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inflamatoria Pélvica (EIP) | <input type="checkbox"/> Endometriosis |
| <input type="checkbox"/> Ovario Poliquístico (SOP) | |
| <input type="checkbox"/> Problemas con períodos | |
| <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada _____ (semanas) | |
| <input type="checkbox"/> Embarazos anteriores _____ | |

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Historia de condición presente: Describe la(s) problema(s) para cual usted está aquí hoy:

¿Cuándo empezó la problema? _____

¿Como empezó la herida o problema?

¿Tuve cirugía para este problema? Sí / No

Fecha de cirugía _____

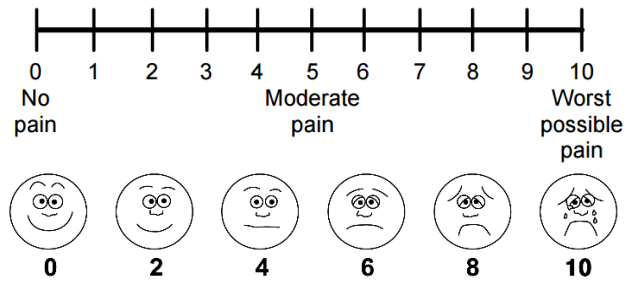
¿Fue hospitalizado? Sí / No

Fecha del alta de la hospital _____

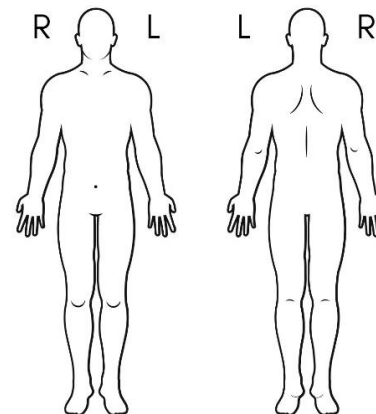
Metas para Terapia:

¿Que estan sus metas para therapia fisica?

Indique su dolor promedio diario: Elegir un numero abajo



Marca los lugares donde duele abajo.



Indique 3 actividades diarios que tiene dificultad hacer o no puede realizar porque de su lesión o problema. Tres limitaciones funcionales son tipicamente **REQUERIDAS** por compañías de seguridad justificar cobertura para tratamiento de terapia fisica.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Incapaz realizar la actividad

Capacidad realizar la actividad igual que antes de la lesión

Limitación de la actividad	Nota 0-10

Preguntas Legales:

Si respuesta sí a las preguntas abajo, documentación adicional puede ser necesario.

Sí / No 1.) ¿Hay litigious pendientes asociado con su lesión/condición?

Sí / No 2.) ¿Tiene un caso de discapacidad pendientes?

Sí / No 3.) ¿Es este lesión asociado con un accidente automovilístico?

Sí / No 4.)¿Hay un caso de Compensación de trabajadores asociado con este lesión?

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

HIPPA

Reconocimiento por escrito de las prácticas de privacidad del paciente:

Yo, _____ reconozco que se me ha otorgado acceso al aviso de prácticas de privacidad y se me dio la capacidad de solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Ally Total Physical Therapy y comprenderlo completamente. Además, reconozco que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción con respecto a las prácticas de privacidad. Por la presente, autorizo a Ally Total Physical Therapy a divulgar mi información de salud protegida a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del Guardián _____ Fecha _____

CONSENTAMIENTO A TRATAMIENTO

Entiendo que he sido referido o elegido para seguir un tratamiento de fisioterapia a Ally Total Physical Therapy LLC. Ally Total Physical Therapy LLC me ha descrito el proceso de evaluación de fisioterapia y mi plan de tratamiento individual. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y a que se me responda cualquier pregunta antes de recibir cualquier prueba de evaluación o tratamiento, incluidos los riesgos o alternativas a este plan de tratamiento que me haya recetado mi médico y/o recomendado por mi fisioterapeuta. Al firmar este acuerdo, doy mi consentimiento para que Ally Total Physical Therapy LLC brinde tratamiento y atención según lo prescrito por mi médico y / o recomendado por mi fisioterapeuta.

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

Por la presente declaro que soy el/la guardián(a) legal del paciente al que se hace referencia a continuación y autorizo a los fisioterapeutas y a quienquiera que puedan designar como asistentes en Ally Total Physical Therapy para administrar el tratamiento de fisioterapia según se considere necesario para mi hijo menor de edad. Entiendo que en cualquier momento soy responsable de comunicar cualquier pregunta que pueda tener con respecto al tratamiento al terapeuta tratante o al terapeuta supervisor en el centro. Además, entiendo que es mi responsabilidad comprender al concluir la cita de evaluación las indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento y debo notificar al terapeuta evaluador si no entiendo. Este consentimiento permanecerá en vigor durante el curso del tratamiento, a menos que se revoque por escrito.

Nombre impreso de padre o guardián(a) legal: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma de padre o guardián(a) legal: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

ESTADOS FINANCIEROS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que soy responsable de todas las tasas que se pagarán en el momento del servicio. _____ (Iniciales)

Entiendo que Ally Total Physical Therapy LLC es una práctica de fisioterapia basada en efectivo y no tiene contratos con ninguna compañía de seguros de salud. Me han informado que tengo derecho a buscar servicios de otros proveedores de fisioterapia que puedan aceptar mi seguro. Elijo por mi propia voluntad buscar servicios en Ally Total Physical Therapy LLC sabiendo que no facturarán directamente a mi compañía de seguros en mi nombre, y no son un proveedor contratado con mi seguro. Si tengo Medicare, entiendo y se me ha notificado que los fisioterapeutas no pueden "excluirse" de Medicare. Ally Total Physical Therapy LLC no proporciona servicios a sabiendas a los pacientes de Medicare. Doy fe de que si elijo recibir servicios de Ally Total Physical Therapy sin revelar mi cobertura de seguro de Medicare, no pediré que se envíe una factura a Medicare en mi nombre en una fecha posterior. Además, por mi propia voluntad, prohíbo expresamente a Ally Total Physical Therapy facturar a Medicare en mi nombre y, por la presente, los absuelvo de la responsabilidad de hacerlo. _____ (Iniciales)

Entiendo que tengo derecho a solicitar una factura de Ally Total Physical Therapy LLC. Me han informado que algunas compañías de seguros aceptan facturas enviadas directamente por los pacientes para su reembolso. Me han informado que esto no es cierto para todas las compañías de seguros. Reconozco y acepto que es mi responsabilidad como paciente comunicarme con mi compañía de seguros para determinar mi cobertura de seguro individual para los servicios de fisioterapia antes de asistir a la fisioterapia. Entiendo que si deseo solicitar un reembolso a mi compañía de seguros, debo confirmar con mi seguro que puedo ser reembolsado directamente. Ally Total Physical Therapy LLC no acepta pagos de compañías de seguros para ser redistribuidos a los pacientes. _____ (Iniciales)

No Show/Política de Cancelación

Entiendo que estoy obligado a proporcionar un aviso de cancelación de mi cita con 24 horas de anticipación. Si se notifica con menos de 24 horas de anticipación, reconozco que se cobrará una tarifa de cancelación de \$35.

Es política de la empresa que después de 2 citas consecutivas sin presentarse, o tres citas canceladas consecutivas, mi caso se colocará en la programación del mismo día. Esta política está en efecto para garantizar la disponibilidad justa y equitativa de citas de fisioterapia para todos los pacientes.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo: _____ Fecha _____

Firma de paciente: _____ Fecha: _____