

CHOWCHILLA

Physical Therapy

INFORMACION DE PACIENTE

FECHA _____ TELEFONO () _____
NOMBRE DE PACIENTE _____
DIRECCION _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____
SEXO: H M FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD _____ SEGURIDAD SOC. _____
EMPLEO _____ TEL. DE TRABAJO _____
EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME A: _____ TELEFONO _____
DR. DE REFERENCIA _____ DR. TELEFONO _____

INFORMACION DE SEGURO

CONDICION RELACIONADO A(L): (cirlcule uno)

TRABAJO	ACCIDENTE DE AUTO	LASTIMADURA	OTRA
---------	-------------------	-------------	------

RELACION AL ASEGURADO (A): SI MISMO ESPOSO (A) HIJO(A) OTRA

COMPANIA DE SEGURO _____ NO. DE TEL. _____
NOMBRE DEL ASEGURADO(A) _____
FECHA DE ACCIDENTE _____ NO. DE DEMANDA _____
AJUSTADOR _____
AJUSTADOR TELEFONO _____ FAX _____

ACUERDO DEL PACIENTE

Yo, la persona que firma este documento, estoy de acuerdo en que este informacion es verdadera y correcta y que todos los beneficios medicos, si hay alguno, seran asignados y pagados a Chowchilla Physical Therapy. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por la seguro (los pacientes que son cubiertos por compensacion de trabajadores, son exentos a este declaracion).

Yo autorizo el proveedor para revelar toda la informacion necesaria para asegurar el beneficios de pagos. Yo autorizo el uso de este firma en todas las peticiones el la aseguranza.

Yo doy mi autorizacion a Chowchilla Physical Therapy para revelar porciones de mis archivos medicos incluidos pero sin limitar a companias de aseguranza, proveedores de cuidado de salud, cargadores de compensacion de trabajadores, administradores de cuidados de salud y/o sus intermediarios.

Firma de Asegurado / Paciente / Guardián

Fecha

CHOWCHILLA

Physical Therapy

INFORMACION DE HISTORIAL MEDICO

Ha tenido tratamiento previo por lo que lo vamos a tratar? SÍ NO

Si sí, donde? _____

Por favor indique si usted alguna vez tuvo alguno de los siguientes:

ARTRITIS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HERNIA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIAS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALTA PRESION DE LA SANGRE	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIAS AL CALOR/HIELO	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ATAQUE AL CORAZON	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OPERACIONES PREVIAS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MARCAPASOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DOLORES DE CABEZA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONVULSIONES(EPILEPTICOS)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MIGRAÑAS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IMPLANTES METALICOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESTA EMBARAZADA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DEL RIÑON	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTRA ENFERMEDAD	_____

Si dijo si en alguna de estes, por favor dar fechas aproximadas: _____

MEDICINAS: Por favor nombre las medicinas que esta tomando ahora: _____

Estoy de acuerdo en que la informacion de arriba es verdad y correcta.

Yo he sido informado del tratamiento y cuidado que ha sido prescrito por mi doctor(es) y que sera ejecutado por parte de Chowchilla Physical Therapy.

Yo entiendo que como paciente estoy bajo el cuidado de mi doctor(es) y que Chowchilla Physical Therapy no es responsable por ningun acto u omision al proveer tratamiento en acuerdo con las instrucciones de mi doctor(es).

Yo entiendo que Chowchilla Physical Therapy no me puede

garantizar o asegurar el resultado de mi tratamiento prescrito.

Yo entiendo que el Titulo VI de los Derechos Civiles de 1964, Seccion 504 de La Accion de Rehabilitacion de 1973, y La Accion de Discriminacion de Edad de 1975, Chowchilla Physical Therapy no discrimina en proveer servicios por razon de raza, color, origen nacional, incapacidades o edad.

Al firmar este acuerdo, yo le doy mi consentimiento a Chowchilla Physical Therapy para proveer el tratamiento y cuidado recetado por mi doctor. Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma de Paciente/Guardián _____ Fecha _____