



PRORESULTS PHYSICAL THERAPY

معلومات المريض الجديدة

الاسم الأول: _____ الاسم الاخير: _____
تاريخ الميلاد: _____ رقم التأمين الاجتماعي _____
هاتف المنزل: _____ الهاتف الخليوي: _____
البريد الإلكتروني: _____
الجنس: _____ الحالة الاجتماعية: _____
عنوان _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

إذا كان المريض قاصرًا ، فإن معلومات الوالد / الوصي القانوني مطلوبة:

الاسم الكامل (اول / الآخر) _____
تاريخ الميلاد: _____
رقم التأمين الاجتماعي _____

اسم طبيب الرعاية الأولية: _____
رقم هاتف طبيب الرعاية الأولية: _____
إحالة اسم الطبيب: _____
رقم هاتف الطبيب المُحيل: _____

اسم الشخص للاتصال في حالات الطوارئ / العلاقة: _____ الهاتف: _____

إشغال: _____
هوايات: _____
كيف سمعت عنا: _____



PRORESULTS PHYSICAL THERAPY

معلومات التأمين

تأمين ابتدائي: _____

رقم معرف بوليصة التأمين الأساسي: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____

اسم التأمين الثانوي: _____

رقم معرف بوليصة التأمين الثانوية: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____

لمرضى ميديكير فقط

هل تلقيت علاجًا طبيعيًا في هذا العام التقويمي؟ نعم / لا

كم عدد زيارات العلاج الطبيعي في هذا العام التقويمي؟ _____

هل أنت حاليا في صحة المنزل؟ نعم / لا

هل تبحث عن علاج طبيعي بسبب حادث متعلق بالعمل (شركات العامل)؟ نعم / لا

اسم صاحب العمل: _____ الهاتف: _____

عنوان صاحب العمل: _____

الضابط: _____ هاتف الضبط: _____

هل تبحث عن علاج طبيعي من خلال قضية إصابة شخصية؟ نعم / لا

رقم القضية: _____ اسم المحامي: _____

عنوان _____

الهاتف: _____ الفاكس: _____



PRORESULTS PHYSICAL THERAPY

موافقات المريض

أوافق بموجب هذا وأوافق على شركة لتقديم الرعاية والعلاج: التأهيلي المناسب ، حسب الضرورة وفي المصلحة الفضلى من أجل الاهتمام بالحالة البدنية. أفهم أنه سيتم شرح الفوائد والمخاطر لجميع التدخلات وأن المريض لديه الحكم النهائي في مثل هذه الأمور

إشعار ممارسات معلومات المريض: لقد قرأت وفهمت تمامًا إشعار ممارسات المعلومات لشركة.

التصريح بالإفصاح عن معلومات المريض: أفوض بموجب هذا شركة ProResults Physical Therapy Inc

الإفراج عن أي معلومات صحية محمية (PHI) مطلوبة أثناء الفحص أو العلاج إلى شركة التأمين ، أو الشركات التابعة لها ، التي قدمت المعلومات عنها. كما أفوض الإفراج عن معلومات الموعد المتبقية في البريد الصوتي أو جهاز الرد على المكالمات أو البريد الإلكتروني أو الرسالة النصية فهم مستوى مخاطر الخصوصية المرتبطة بهذه الأشكال من الات

موافقات HIPAA: امتثالاً للوائح HIPAA ، أوافق على تلقي الأفراد التالية أسماؤهم معلومات شفوية تتعلق بفواتير حسابي.

الاسم / العلاقة / تاريخ الميلاد:

الاسم/العلاقة/تاريخ الميلاد:

التفويض بالدفع: أفوض بموجب هذا الدفع مباشرة إلى ProResults Physical Therapy Inc ، الفواتير قسم ، الخدمات الطبية المقدمة. أفهم أنني مسؤول ماليًا عن الرسوم لا يغطيها التأمين الخاص بي. في حالة التخلف عن السداد ، أعدك بدفع تكاليف التحصيل ومعقولة الرسوم التي قد تكون مطلوبة للحصول على تحصيل هذا الحساب.

التزام المريض وسياسة المواعيد الفائتة: لقد قرأت ، وقعت بالأحرف الأولى ، ووقعت ، وفهمت تمامًا التزام المريض بشركة ProResults Physical Therapy Inc وسياسة المواعيد الفائتة.

تعويض العمال: نحن مطالبون بإبلاغ الناقل بجميع المواعيد الفائتة أو الملغاة. مطلوب أيضًا إعادة جدولته جميع المواعيد الفائتة.

التصريح بالتواصل إلكترونياً: أفهم أن الموظفين المعتمدين من ProResults Physical Therapy قد يتواصلون معي فيما يتعلق بالجدولة / المواعيد ، والعلاج المقدم ، وبرامج التمارين المنزلية ، والمحتوى التعليمي من حيث صلته بحالتي. أفهم أن معلوماتي المحمية لن يتم توصيلها إلكترونياً. أفهم أن لدي الحق في إلغاء الاشتراك في جميع الاتصالات المستقبلية في أي وقت باستخدام خيار "إلغاء الاشتراك" في أي نماذج / نص / بريد إلكتروني.



PRORESULTS
PHYSICAL THERAPY

استمرار موافقات المرضى

يشهد توقيعى أدناه بأني قرأت وفهمت ووافقت تماما على كل بيان في هذه الوثيقة

الاسم القانوني الكامل للمريض: _____

توقيع المريض: _____

التاريخ: _____



PRORESULTS PHYSICAL THERAPY

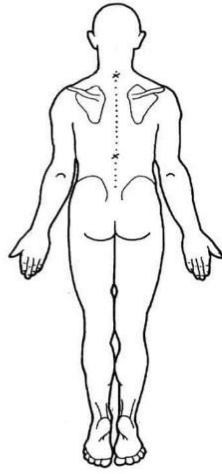
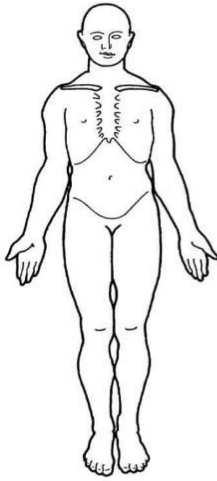
استمارة التاريخ الطبي

الاسم: _____

الارتفاع: _____ الوزن: _____ العمر: _____
منطقة (مناطق) الإصابة:

استخدم الرسم على اليمين:

- الظل في جميع المناطق التي تعاني من الأعراض (ألم ، تصلب ، أوجاع ، إلخ ...)
- قم بتسمية مكان الألم الأسوأ بعلامة X صغيرة
- ضع دائرة حول أي مناطق خدر أو وخز
- (١) متى حدثت إصابتك؟ _____ / _____ / _____
- (٢) إذا كانت الجراحة بعد العملية ، فمتى كانت الجراحة؟ _____ / _____ / _____
- (٣) مستوى الألم:



- مستوى الألم الحالي _____ / ١٠
- أعلى مستوى للألم _____ / ١٠
- أدنى مستوى للألم _____ / ١٠
- الأسئلة الطبية- (ضع دائرة حول نعم / لا

- (١) نعم / لا هل لديك جهاز لتنظيم ضربات القلب؟
- (٢) نعم / لا هل عانيت من نقص كبير في الوزن مؤخرًا؟
- (٣) نعم / لا هل سبق لك أن أصبت بالسرطان؟
- (٤) نعم / لا هل تلقيت عدة حقن كورتيزون أو بريدنيزون؟
- (٥) نعم / لا هل تتناول أي أدوية مضادة للالتهابات؟
- (٦) نعم / لا هل تتناول أي مرخيات للعضلات لهذه المشكلة؟
- (٧) نعم / لا هل تتناول أي مسكنات لهذه المشكلة؟
- (٨) نعم / لا هل تعاني من صعوبات في التبول؟
- (٩) هل كان لديك أي مما يلي لهذه المشكلة بالتحديد:
 - (أ) نعم / لا التصوير المقطعي المحوسب
 - (ب) نعم / لا التصوير بالرنين المغناطيسي
 - (ت) نعم / لا الأشعة

١٠. هل هناك أي حالة تشعر أنها قد تؤثر على علاجك بأي شكل من الأشكال؟ (يرجى وضع دائرة): حالة القلب ، حالة الرئة ، الحالة العصبية ، الارتجاج ، السكتة الدماغية ، هشاشة العظام ، استبدال المفاصل ، عجز التوازن ، ضعف البصر ، العمليات الجراحية السابقة ، حساسية الجلد ، الحساسية ، الدوخة ، الإغماء ، أخرى:



PRORESULTS
PHYSICAL THERAPY

أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه التي كتبتها صحيحة ودقيقة على حد علمي. سأقوم بإخطار معالجي بأي تغيير في الحالة.

توقيع المريض: _____

تاريخ: _____