



**PRORESULTS**  
PHYSICAL THERAPY

**Informacion Personal**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Telefono residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Genero \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo postal: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, se requiere la información del padre / tutor legal:

Nombre/Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Nombre de los medicos que refieren: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de los médicos referentes: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia / relacion: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Pasatiempo: \_\_\_\_\_

¿Cómo supiste de nosotros?: \_\_\_\_\_



**PRORESULTS**  
PHYSICAL THERAPY

**Información Del Seguro**

Seguranza primaria: \_\_\_\_\_

Politica numero: \_\_\_\_\_

Seguranza secundaria: \_\_\_\_\_

Politica numero: \_\_\_\_\_

**Solo para pacientes de Medicare**

¿Ha tenido fisioterapia este año calendario?    **Si**    **No**

Si ha tenido fisioterapia este año calendario, ingrese la cantidad de visitas que recibió? \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente en la salud en el hogar?    **Si**    **No**

¿Está buscando Terapia Física debido a un accidente relacionado con el trabajo?    **Si**    **No**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion del empleador: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

¿Está buscando Terapia Física a través de un caso de Lesiones Personales?    **SI**    **No**

Numero de caso: \_\_\_\_\_ Attorney abogado: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_



## PRORESULTS PHYSICAL THERAPY

### Consentimiento Del Paciente

**Consentimiento para el Cuidado y Tratamiento:** Por la presente acepto y doy mi consentimiento a ProResults Physical Therapy Inc para proporcionar la atención y tratamiento de rehabilitación adecuados, según se considere necesario y en el mejor interés para atender la condición física. Entiendo que se explicarán los beneficios y riesgos para todas las intervenciones y que el paciente mantenga el juicio final en tales asuntos.

**Aviso de Prácticas de Información al Paciente:** He leído y entiendo completamente el aviso de Prácticas de Información de ProResults Physical Therapy Inc.

**Autorización para divulgar la información del paciente:** Por la presente autorizo a ProResults Physical Therapy Inc a divulgar cualquier información médica protegida (PHI) requerida en el curso de mi examen o tratamiento a la compañía de seguros, o sus afiliados, de los cuales proporcioné la información. También autorizo la publicación de la información de cita que queda en un correo de voz, contestador automático o mensaje de texto y entiendo el nivel de riesgo de privacidad asociado con estas formas de comunicación.

**HIPAA Consentimientos:** En cumplimiento con las regulaciones de la HIPAA, doy mi consentimiento para que las siguientes personas reciban información verbal sobre la facturación de mi cuenta.

Nombre / Relacion/ DOB: \_\_\_\_\_

Nombre / Relacion/ DOB: \_\_\_\_\_

**Autorización para pagar:** Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro. En caso de incumplimiento, prometo pagar los costos de cobro y las tarifas razonables que puedan ser necesarias para obtener el cobro de esta cuenta.

**Política de compromiso del paciente y cita Perdida:** He leído, puesto mis iniciales, firmado y entiendo completamente la Política de compromiso del paciente y citas perdidas de ProResults Physical Therapy Inc.

**Compensación de Trabajadores:** Estamos obligados a informar al transportista de todas las citas perdidas o canceladas. También es necesario reprogramar todas las citas perdidas.

**Autorización para comunicarse electrónicamente:** Entiendo que el personal autorizado de ProResults Physical Therapy Inc puede comunicarse conmigo con respecto a la programación / citas, el tratamiento proporcionado, programas de ejercicio en el hogar, y el contenido educativo en relación con mi condición. Entiendo que mi información protegida no se comunicará electrónicamente. Entiendo que tengo el derecho de optar por no recibir todas las comunicaciones futuras en cualquier momento utilizando la opción "cancelar suscripción" en cualquier formulario / texto / correo electrónico.



**PRORESULTS**  
PHYSICAL THERAPY

Mi firma a continuación certifica que he leído, comprendo y estoy totalmente de acuerdo con cada declaración de este documento.

Nombre Legal Completo del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**PRORESULTS**  
PHYSICAL THERAPY

**Formulario De Historial Médico**

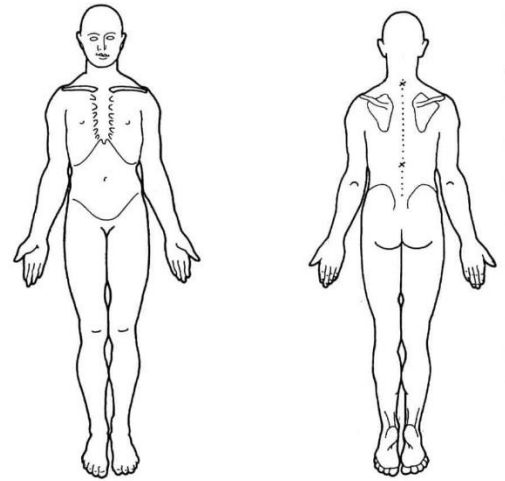
Nombre: \_\_\_\_\_  
Su altera: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas Su peso: \_\_\_\_\_ lbs Edad: \_\_\_\_\_

Área(s) de la lesión:

Use el dibujo de alado:

- Sombre todas las áreas de sus síntomas, el dolor, rigidez, etc en el dibujo a la derecha.
- Etiqueta el lugar de su peor dolor con una X.
- Círcule cualquier área de entumecimiento o hormigueo.

1. ¿Cuándo ocurrió su lesión? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
2. ¿Si después de una operación, cuando fue la cirugía? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
3. Nivel de Dolor:
  - ¿Nivel de dolor actual? \_\_\_ / 10
  - ¿Nivel más alto de dolor? \_\_\_ / 10
  - ¿Nivel más bajo de dolor? \_\_\_ / 10



Preguntas Médicas - (círcule si/no):

1. **Si / No** ¿Tiene usted un marcapasos?
2. **Si / No** ¿Ha tenido una pérdida de peso significativa recientemente?
3. **Si / No** ¿Alguna vez ha tenido cáncer?
4. **Si / No** ¿Ha tenido múltiples inyecciones de cortisona o la prednisona?
5. **Si / No** ¿Está tomando medicamentos anti-inflamatorios?
6. **Si / No** ¿Está tomando relajantes musculares para este problema?
7. **Si / No** ¿Está tomando algún medicamento para el dolor para este problema?
8. **Si / No** ¿Tiene alguna dificultad con orinar?
9. Ha tenido alguno de los siguientes para este problema específico: (círcule si/no):
  - Si / No** Tomografías computarizadas
  - Si / No** MRI's
  - Si / No** Rayos-X
10. ¿Hay alguna condición no mencionada anteriormente que sienta usted pueda afectar su tratamiento en cualquier forma? (por favor círculo): es decir, la condición del corazón, enfermedad de pulmón, la osteoporosis, las prótesis articulares, deficiencia de balance, deficiencia visual, cirugías anteriores, la sensibilidad de la piel, alergias, mareos, desmayos?

*Reconozco que la información anterior que he escrito es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Notificaré a mi terapeuta de cualquier cambio en la condición*

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_