

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL # _____ M _____ F _____
NAME SOCIAL SECURITY #

DOMICILO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO: _____
ADDRESS CITY STATE ZIP CODE

TELEFONO: _____ CELUAR: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____
HOME PHONE CELL PHONE WORK PHONE

FECHE DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NUMERO DE LICENCIA #: _____
DATE OF BIRTH AGE DRIVER'S LICENSE

NOMBRE DE EMPRESA: _____
EMPLOYER NAME

OCCUPACION/POSITION: _____
OCCUPATION/POSITION

PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA: _____
EMERGENCY CONTACT

RELACION: _____ TELEFONO: _____
RELATIONSHIP PHONE NUMBER

MESA PHYSICAL THERAPY
HISTORIAL MÉDICO / INFORMACIÓN SUBJETIVA

Una historia clínica completa es necesaria para una evaluación completa. Por favor conteste las siguientes preguntas.

Su nombre:		La fecha de hoy:			
Altura:	Peso:	Presión arterial:	¿Fumas?	Sí	No
Sexo:	Hombre	Mujer	Si es mujer, ¿está actualmente embarazada?		
			Sí	No	
	Si la respuesta es sí,		1 st trimestre	2 nd trimestre	3 rd trimestre

¿Se ha diagnosticado alguna vez con alguno de los siguientes?

Tuberculosis	Sí	No	Cáncer	Sí	No	Artritis	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Hepatitis	Sí	No	Cerebral, apoplejía	Sí	No
Condición cardíaca	Sí	No	Epilepsia	Sí	No	Problemas respiratorios	Sí	No

¿Otra condición médica? _____

¿Cómo se enteró de Mesa P. T. ? _____

Cuéntenos acerca de su condición.

¿Cuándo notó por primera vez el dolor o tiene problemas de funcionamiento debido a la condición/lesión?
(Por favor, dar fechas apropiadas.) _____

¿Brote reciente? Sí No Si la respuesta es sí, cuando _____

¿Qué actividades están limitadas por esta condición? (ejemplo: Levante, alcance) _____

¿Cómo fue la lesión / los síntomas se presentan? _____

¿Qué es lo que usted espera conseguir con terapia física? _____

¿Crees que va a mejorar? _____

¿Crees que la terapia física ayudará? _____

¿Existe un tratamiento específico que usted cree que se pueden ayudar? _____

MESA PHYSICAL THERAPY

Sus síntomas son: constante? intermitente? Mejoramiento Empeoramiento
¿Quedándose lo mismo?
¿Qué hace mejor a sus síntomas? _____

0-10 escala de dolor (0= sin dolor; 5= dolor moderado; 10= el dolor más extremo)

Peor calificación de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mejor calificación de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Para esta lesión, tiene su atención médica incluyen: (Compruebe las que se aplican)

cirugía : cuándo? ___/___/___ ¿Qué tipo? _____

inyección: cuándo? ___/___/___ ¿Ayudó? Sí No

Otro tratamiento: _____

Terapia ocupacional o física. Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ___/___/___ to ___/___/___
¿Qué se hizo? _____

Quiropráctico. Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ___/___/___ to ___/___/___
¿Qué se hizo? _____

Medicación: _____

Rayo -X: _____

MRI: _____

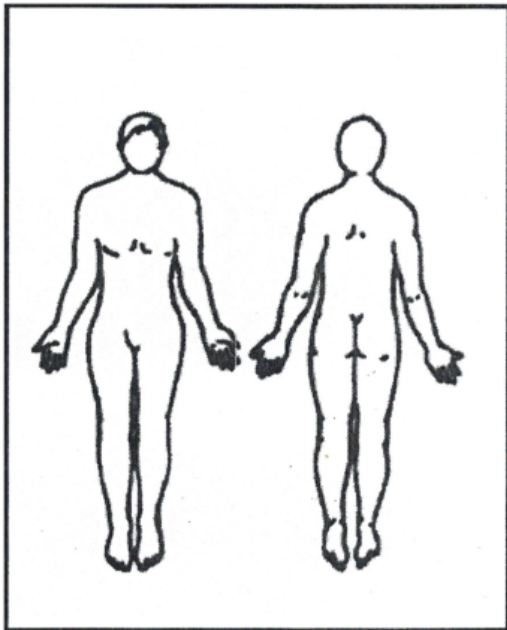
Exploración de CT: _____

Otro: _____

ejercicio: ¿Qué tipo? _____

Indicar en los diagramas de cuerpo donde se encuentran los síntomas: ■ =dolor III =

Entumecimiento



Indique 'sí' o 'no' si cada una de las actividades siguientes es difícil.

¿Comer o beber?	Sí	No	¿El equilibrio en dos pies?	Sí	No
¿Dormir toda la noche?	Sí	No	¿Llevar objetos pesados?	Sí	No
¿Preparación: Poner o quitar los zapatos, calcetines, pantalones, chaqueta o camisa?	Sí	No	¿Levantamiento de cajas?	Sí	No
¿Mantiene la posición estática del: cabeza inclinada hacia adelante, brazos arriba, los brazos hacia adelante o da vuelta la cabeza?	Sí	No	¿Caminar sobre: Escalera, superficies planas, inclinar, o superficies irregulares?	Sí	No
Entrar y salir de: sillas, la cama, coche o en el baño?	Sí	No	¿Flexión adelante, arrodillarse, agacharse	Sí	No
Alcanzar: arriba, detrás de la espalda, hacia abajo o hacia delante?	Sí	No	¿Conducción de un vehículo, o utilizar los pedales de freno/ gas?	Sí	No
¿Con herramientas o abrir frascos?	Sí	No	¿Cuidar a un niño o un adulto?	Sí	No
¿Recoger objetos pequeños?	Sí	No	¿ Trabajo de casa o trabajo de la yarda?	Sí	No
Sentado?	Sí	No	¿Actividades recreativas?	Sí	No
Quedarse de pie <i>or</i> parado	Sí	No	¿Ha caído más de una vez en el último año?	Sí	No
Actividades relacionadas con el trabajo?	Sí	No	¿Has caído y lastimarse en el último año?	Sí	No

Otro: _____

¡PARA TRABAJA las HERIDAS SOLO!

Descripción de las funciones

Nombre: _____ Fecha _____ Fecha de lesión: _____

Ocupación: _____

1. En términos de 8 horas trabaje el día: (Circunde el número de las horas para cada actividad)

El Sentarse (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Estar parado (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
Caminando (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

2. En el trabajo, realizo las actividades siguientes: (Compruebe tanto como se aplican)

	<u>En absolute</u>	<u>De vez en cuando</u>	<u>Con frecuencia</u>	<u>Continuamente</u>
La curva/se inclina	_____	_____	_____	_____
Posición en cuclillas	_____	_____	_____	_____
Arrastre	_____	_____	_____	_____
Subida	_____	_____	_____	_____
Alcance sobre hombros	_____	_____	_____	_____
Agáchese	_____	_____	_____	_____
Arrodílese	_____	_____	_____	_____
Empuje	_____	_____	_____	_____
Tire	_____	_____	_____	_____
Mantenga la postura torpe	_____	_____	_____	_____
El balancear	_____	_____	_____	_____

3. En el trabajo, levanto:

Hasta 10 libras	_____	_____	_____	_____
11 a 24 libras	_____	_____	_____	_____
25 a 34 libras	_____	_____	_____	_____
35 a 50 libras	_____	_____	_____	_____
51 a 74 libras	_____	_____	_____	_____
75 a 100 libras	_____	_____	_____	_____

4. Usted tiene que doblar el excedente mientras que hace cualquier lifting? ____ Sí ____ No

5. Usted utiliza sus manos para los movimientos repetidores, por ejemplo: (Compruebe por favor)

	<u>El agarrar simple</u>	<u>El agarrar firme</u>	<u>Manipulación fina</u>
Mano derecha	_____	_____	_____
Mano izquierda	_____	_____	_____

6. ¿Antes de este accidente estaba usted que experimentaba comoplaints físicos similares? ____ Sí ____ No Si sí, explique por favor:

7. En sus propias palabras, describa por favor el accidente:

Importante: Esta forma se puede utilizar en la determinación de su elegibilidad de la remuneración de los trabajadores y la cantidad de remuneración que le dan derecho. ¡Para proteger las sus derechos satisfaga llenan hacia fuera esta forma correctamente y totalmente!

MESA PHYSICAL THERAPY
POLÍTICAS PACIENTES DE INFORMACIÓN Y OFICINA

NUESTRO PROPÓSITO

Nuestro Propósito es de ayudarle y su medico a restaurarle salud y salud y previniendo una reaparición de su problema. Esto es hecho mejor en una atmósfera del congeniality, de la sinceridad, y de la honradez. Nosotros le alentamos a hacer preguntas acerca de su tratamiento. En nuestra comprensión de usted y de sus metas, podemos progresar hacia nuestras metas comunes de relieveing su dolor y de mejorar su salud.

CITAS

La razón primaria para el appointments es de hacer el uso eficiente de su tiempo y nuestro tiempo. Hacemos cada tentativa de proporcionar su tratamiento en su tiempo programar. Si usted necesita cancelar una cita, como una cortesía a otros pacientes, por favor llamada.

Las citas que no son canceladas por el fin del día antes su planificado de cita tiene como resultado una carga a usted de \$25.00. Si usted llega temprano por una cita que trataremos de verle temprano. Si usted es atrasado para una cita, su tratamiento puede ser acertado o ser cambiado la hora

POLITICA de PAGO

Nuestro primer objetivo es de alcanzar sus metas del tratamiento. Si las cargas son un carga que hace limiti su asistencia, discute por favor esto con el personal.

Los Co-Pagos son debidos antes del tratamiento. Se entiende que bajo todas las circunstancias, usted asume la responsabilidad final de su cuenta. **Usted es responsable de contactar su compañía de seguros para determinar cómo ellos manejan las cargas de la fisioterapia.** Hacemos nuestro ayudarle mejor con facturar. Sin embargo, responsibility de ultimitely para descanso de pago con usted. Nuestro personal es complacido para facturar su compañía de seguros como una cortesía a usted. Para respuestas a preguntas adicionales con respecto a facturar de seguro, llama por favor la oficina que factura en (800) 929-7446 ext. 138.

COMPENSACION de TRABAJADORES

Si usted es herido a consecuencia de un accidente en el trabajo, usted no será esperado pagar por ninguna porción del tratamiento. Aceptamos el pago por su portador del seguro de la Compensación de Trabajadores como pago en repleto. Somos requeridos a notificar su médico, el empleador y reclama ajustador con respecto a alguna cita perdida. Tres (3) perdió las citas pueden tener como resultado discontinuación de tratamientos adicionales.

CUIDADO MEDICO

Somos felices de proporcionar nuestros servicios a pacientes de cuidado Médico y nosotros aceptamos la tarea. El cuidado médico nos paga 80% de su cantidad admisible para los servicios de la fisioterapia proporcionó. Usted es responsable de su anual médico deducible y el quedándose 20% del cuidado Médico la carga admisible (a menos que usted tenga un cuidado Médico la política suplementaria). "Cancelamos" la diferencia entre cuidado Médico de thet la cantidad admisible de nuestras cargas verdaderas. Facturaremos también cualquier coaseguro usted puede tener después de que cuidado Médico haya determinado el pago admisible.

He leído, entendí y concuerdo respeta las Políticas de la Oficina de la Mesa Physical Therapy.

Las súplicas firman abajo:

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma De los Asegurados _____

Fecha: _____

RECONOZCA DE NOTA DE POLÍTICAS DE INTIMIDAD

Esto es un reconocimiento que usted ha recibido la Nota de Políticas de Intimidad. Firmando este acknowledgment, usted no concuerda necesariamente con todas nuestras políticas, sólo que usted ha sido informado de estas políticas. Esta nota es anunciada claramente en la recepción y una copia está disponible sobre el pedido.

Usted puede solicitar las modificaciones a la política de la intimidad listando en el espacio proporcionado debajo de la entidad específica con whm nosotros no podemos compartir su información. Reservamos el derecho de negarse el tratamiento si nosotros nos sentimos que su pedido nos prevendría de proporcionar asistencia sanitaria adecuada o para ser compensated para la asistencia sanitaria proporcionada a usted.

Firme por favor abajo:

Firma de paciente

Fecha

Usted no puede compartir mi información de la salud con lo Siguiente:

Nombre

Dirección

Nombre

Dirección