

Nombre: _____ SN: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de Casa : _____ Cell: _____

Which phone is your primary? Home Cell How do you prefer to have reminders sent? Phone call Text Email

Seguro Social: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Teléfono de Empleo: _____

Médico general: _____ Médico de Remitente: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

Por favor llene la siguiente información:

Seguro Primario: _____ Nombre de Subscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación al paciente: _____ Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Seguro Secundario: _____ Nombre de Subscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación al paciente: _____ Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

¿Está relacionado con el trabajo? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha?: _____

¿Está relacionado con un accidente de auto? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de lesión?: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Referencia de Médico Amigos o Familia Industria Medios de comunicación social

Anuncio (por favor indique forma): _____ Otros (indíquelos): _____

CANCELACIÓN Y POLÍTICA DE PRESENTARSE: Requerimos 24 horas de aviso en caso de una cancelación. La cancelación sin el aviso correcto resulta en una carga de \$25. Esta carga no será cubierta por el seguro, pero tendrá que ser pagado por usted personalmente antes de recibir tratamiento adicional. Cualquier futura cita puede ser cancelada automáticamente y 2 citas de “no-presentarse” pueden resultar en la descarga de terapia física. FONDOS INSUFICIENTES: Cheques devueltos por fondos insuficientes pueden ser sujeto a una tarifa de procesamiento de \$25.

Empleado Inicial: _____ Paciente Inicial: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Al proporcionar su información de contacto anterior y firmar a continuación, usted acepta recibir información (como recordatorios de citas, encuestas de pacientes, y otra información relacionada con los servicios de terapia física que se le proporcionan) a través de los canales de comunicación para que proporcionó la información de contacto.

Doy el consentimiento para el tratamiento para mí, o el niño menor nombrado, por el personal de prorehab y/o según lo dirigido por mi médico de referencia.

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos de estos servicios. Autorizo la divulgación de información clínica para operaciones de tratamiento, pago y operaciones de salud.

Asigno los beneficios médicos pagaderos por estos servicios directamente a ProRehab.

Entiendo que soy responsable del pago de los copagos, co-seguros y deducibles aplicables en el momento del servicio. Al firmar esta forma, entiendo que soy responsable por la cuenta no pagada por mi compañía de seguros.

Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Paciente Inicial: _____ Me han dado la notificación de la práctica de privacidad, he sido consciente, y tengo copias a mi disposición de los derechos. Si tengo alguna pregunta me puedo poner en contacto con el Oficial de Cumplimiento al 812.759.7455.

Historia Clínica y Tratamiento Anterior

Nombre del Paciente: _____

Por favor marque si usted ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes(I/II) | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (TIA o CVA) (TIA or CVA) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Implantes metálicos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Fractura de huesos | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | | <input type="checkbox"/> Depresión | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, TB, etc.) _____ | | | |

Otro: _____

Historial de Cirugía: _____

Durante el último mes se ha estado sintiendo deprimida/o o desesperada/o? SÍ NO

Durante el último mes ha sido disgustado por tener poco interés o placer en hacer las cosas? SÍ NO

Por favor, liste todos los medicamentos que está tomando actualmente (recetados y sin receta medica): _____

¿Ha notado recientemente? (marque sí o no)

- | | | | | | |
|----|----|--------------------------|----|----|---|
| SÍ | NO | Pérdida/ganancia de pesa | SÍ | NO | Náusea/vomito |
| SÍ | NO | Mareo | SÍ | NO | Debilidad |
| SÍ | NO | Fiebre/sudures | SÍ | NO | Problemas de vista |
| SÍ | NO | Incontinencia | SÍ | NO | Problemas de audición |
| SÍ | NO | Sangramietos | SÍ | NO | Embarazada o piensa que podría estar embarazada |
| SÍ | NO | Difficultad de hablar | SÍ | NO | Pérdida de equilibrio |

Fecha de inicio de los síntomas/lesiones actuales: Mes: _____ Dia: _____ Año: _____

¿Ha tenido el mismo o un problema similar en el pasado? SÍ NO

Si es así, por favor explique: _____

Explique, por favor, cualquier tratamiento específico que usted ha recibido para este problema, tal como terapia física o ocupacional, visitas de la quiropráctica, medicaciones del dolor, etc.: _____

¿Ha recibido radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, Gammagrafía, etc., para este problema? _____

¿Ha examinado su médico sus hallazgos médicos o le ha dado un diagnóstico? SÍ NO

Si es así, cuáles fueron los hallazgos? _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del médico? _____

¿Requiere esta terapia para volver al nivel previo de función? SÍ NO

¿Cuáles son sus objetivos para la recuperación? _____

¿Conoce alguna razón física por la cual no debe recibir tratamiento? SÍ NO

Si es así, por favor díganos lo que es: _____

¿tiene alguna alergia? SÍ NO Si es así, por favor indique: _____

A mi leal saber y entender la información anterior es exacta y completa.

Firma: _____ Fecha: _____