|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Physical Therapy Logo | SOUTHERN IDAHO THERAPY SERVICESFORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE | FECHA:  |
| NOMBRE DEL PACIENTE:  | APODO: | TELÉFONO:  |
| # DE SEGURO SOCIAL: | GÉNERO: | FECHA DE NACIMIENTO: | EDAD:  |
| E-MAIL:¿Quieres recibir un recordatorio por correo de tu cita? Sí / No | CELULAR:Compañía Celular:Quieres recibir un recordatorio por texto de tu cita? Sí / No |
| DIRECCIÓN:  | P.O. BOX #  |
| CIUDAD:  | ESTADO:  | ZIP  |
|  |
| EMPLEADOR:  | NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR:  |
| DIRECCIÓN DE EMPLEADOR: | OCUPACIÓN: |
| **Has recibido terapia física en otro lugar?:** Sí **/ No Cuándo: Dónde:** |
| **Recibes actualmente servicios de Home Health (Servicios médicos en casa) ?** Sí **/ No De cuál agencia?** |
| RAZÓN POR LA VISITA: | RAYOS X? Sí / No Dónde: |
| POR CUÁNTO TIEMPO HAS ESTADO TENIENDO PROBLEMAS/DOLOR?  |
| SE TE HA DADO TRATAMIENTO PARA ESTE PROBLEMA EN EL PASADO? Sí / No Cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del médico?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ES EL PROBLEMA EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE? Sí [ ] No [ ] | FECHA DEL ACCIDENTE: |
| CLASE DE ACCIDENTE: [ ] Compensación de trabajador – Empleador al momento del accidente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Accidente de carro - Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [ ] Otra – Clase de accidente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ En dónde sucedió el accidente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| MÉDICO QUE TE MANDÓ A TERAPIA:  | FECHA DE TU PRÓXIMA VISITA: |
| MÉDICO FAMILIAR: (Si es diferente)Te gustaría que tu médico familiar tuviera una copia de tu evaluación de terapia física? Sí / No |
|  |
| **Estado marital:** [ ] Menor [ ] Soltero(a) [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Separado(a) |
| NOMBRE DE ESPOSO(A)  | NÚMERO TELEFÓNICO: |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: | FECHA DE NACIMIENTO: | OCUPACIÓN: |
| EMPLEADOR: | TELÉFONO DE TRABAJO: |
| **SI ERES MENOR-**  |
| NOMBRE DE PADRE: | NÚMERO TELEFÓNICO: |
| DIRECCIÓN (si es diferente): |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: | FECHA DE NACIMIENTO: | OCUPACIÓN: |
| EMPLEADOR: | TELÉFONO DE TRABAJO: |
|  |
| NOMBRE DE MADRE: | NÚMERO TELEFÓNICO: |
| DIRECCIÓN: (Si es diferente) |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: | FECHA DE NACIMIENTO: | OCUPACIÓN: |
| EMPLEADOR: | TELÉFONO DE TRABAJO: |

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PÁGINA 2

|  |
| --- |
|  |
| **CONTACTO DE EMERGENCIA:** |
| NOMBRE:  | RELACIÓN: |
| DIRECCIÓN: | TELÉFONO: |

|  |
| --- |
| SE REQUIERE UNA COPIA DE TUS TARJETAS DE SEGURO |
| EGURO PRINICPAL: |
| ÚMERO DE PÓLIZA:  | NÚMERO DE GRUPO: |
| NOMBRE DEL ABONADO: | FECHA DE NACIMIENTO: |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: | EMPLEADOR: |
|  |
| SEGURO SECUNDARIO: |
| NÚMERO DE PÓLIZA: | NÚMERO DE GRUPO: |
| NOMBRE DEK ABONADO: | FECHA DE NACIMIENTO: |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: | EMPLEADOR: |
|  |
| Entiendo que soy económicamente responsable por pagar los gastos médicos incurridos para el paciente nombrado en esta forma en Southern Idaho Therapy Services, sin importar la cobertura de un tercero. **\*Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Entiendo que es mi responsabilidad contactar mi compañía de seguro para la información de mi elegibilidad para terapia física y mis beneficios. **\*Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Autorizo la compañía de seguro del paciente nombrado en esta forma o cualquier otro tercero responsable para pagar los beneficios directamente a Southern Idaho Therapy Services. **\*Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Doy mi permiso para que Southern Idaho Therapy saque una foto del paciente nombrado en esta forma e incluya la foto en el registro médico electrónico con el propósito de facilitar identificación. **\*Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**He leído toda la información en esta forma y he contestado las preguntas. Certifico que esta información es verídica y correcta por lo que yo sé. **\*Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Notificaré Southern Idaho Therapy Service de cualquier cambio en la información en esta forma. **\*Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Firma del paciente  | Fecha |
| Firma del padre (Si el paciente es menor) | Fecha |