|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Physical Therapy Logo | SOUTHERN IDAHO THERAPY SERVICES  FORMA 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 |