

Estimado Paciente Nuevo,

Gracias por escoger Willows Physical Therapy para sus necesidades de rehabilitación. Como un paciente nuevo, necesitaremos que llene varias formas. Esto se puede hacer en su casa o lo puede hacer en nuestra oficina. Si usted escoge nuestra oficina, por favor llegue aproximadamente 15 minutos temprano para que complete sus formas. Por favor complete uno de cada uno de los siguientes:

1. Información del Paciente
2. Información Médico
3. Política de Privacidad

Cuando usted llegue a su cita de terapia física, por favor use ropa cómoda y floja. Por favor traiga pantalones cortos si su herida ocurrió en la extremidad baja. Y por último traiga sus medicamentos y su tarjeta de seguro (si es aplicable).

Estamos en la espera de trabajar con usted en alcanzar su meta para una salud óptima.

Gracias,

El Personal de Willows Physical Therapy



# WILLOWS PHYSICAL THERAPY

## Información del Paciente

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
(circule)  
Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
(La altura y el peso requerido por Medicare)  
Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (celular): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_  
Persona Responsable: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado civil: S / C / Hijo-a / Otro  
Medico Que Refiere: \_\_\_\_\_ Medico Primario: \_\_\_\_\_

*Yo autorizo a Willows Physical Therapy, y todas las personas que actúen como agentes, por lo tanto, así como todo el personal para proporcionar todas las formas de diagnóstico razonable y tratamientos terapéuticos para mí, o mi hijo/a menor de edad/ el custodiado.*

## ¿Como eligió nuestra Práctica?

(Note todas que apliquen)

- Médico  Paciente Antiguo  Empleador  Folleto/Por Correo  Paginas Amarillas  
 Páginas en Internet  Amigo/Relativo; quien: \_\_\_\_\_

## Información de Seguro

(Por favor presente su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

*Yo autorizo pagos presentes y futuros de los beneficios médicos que se hagan directamente a Willows Physical Therapy (WPT) por los servicios dados. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios de terapia física rendidos, independientemente si o no este tipo de servicios son un beneficio cubierto de mi seguro. Estoy de acuerdo a pagar todo el copago y cantidades deducibles al tiempo de servicio al menos de que este arreglado de otra manera. Yo autorizo que mi información medica y personal sea compartida para asegurar el pago de los beneficios.*

*Como cortesía a nuestros pacientes, WPT le mandara la factura a su compañía de seguro. Sin embargo, es su responsabilidad de pagar cualquier cantidad que no pague o cubra su seguro. WPT añadirá un 10% de interés al saldo responsable de el paciente si no es pagado 30 días de la fecha de vencimiento. En el caso de que su cuenta este retrasada se añadirán los gastos de administración e intereses.*

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_



# WILLOWS PHYSICAL THERAPY

## Información Médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de síntomas: *(por favor indique en el diagrama)*

Fecha de herida o de síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha de cirugía *(si es aplicable)*: \_\_\_\_\_

Describa brevemente cómo ocurrió su accidente o herida: \_\_\_\_\_

¿Que hace para que sus síntomas mejoren?: \_\_\_\_\_

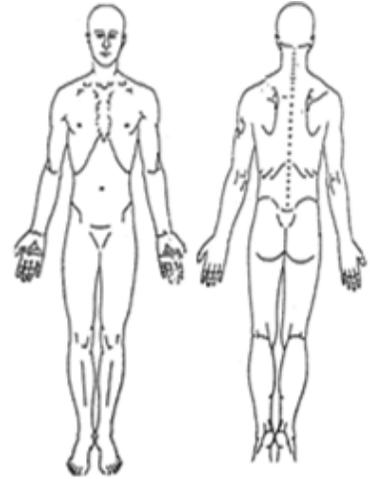
¿Que hace para que sus síntomas empeoren?: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted este problema antes? Si No ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún tratamiento para este problema en el pasado?, Si, sí por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido terapia física antes? Si No ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

Lista las más reciente radiografías, MRI o otras pruebas relacionadas: \_\_\_\_\_



## Medicamentos

¿Está tomando algún medicamento?  Si  No

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Método
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Condiciones Médicas

Por favor circule si tiene alguna de las siguientes condiciones:

- |   |                         |                        |
|---|-------------------------|------------------------|
| Alergias  | Cáncer                  | Dolor de cabeza        |
| Diabetes  | Embolio                 | Entumecido-a/Hormigueo |
| Ataque Cardíaco                                 | Osteoporosis            | Debilidad              |
| Alta Presión                                    | Problema de Pulmones    | Dolor en la Noche      |
| Marcapasos                                      | Artritis                | Trastorno Convulsivo   |
| Problema Emocionado-a/Psicológico-a             | Aumento de peso/Perdida | Hernia                 |
| Reemplazo de Articulaciones/Implantes Metálicos | Embarazada              | Otro: _____            |

Si círculo una de las condiciones de arriba, por favor explique y apunte las fechas: \_\_\_\_\_

*(Si necesita espacio adicional, por favor continúe en la parte posterior de esta página)*

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_



**WILLOWS PHYSICAL THERAPY**

## **PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

*Fecha efectiva de notificación: Julio 1, 2015*

Estamos cometidos a proteger su información médica y no dar a conocer información a nadie sin su consentimiento. Es una práctica médica estándar proporcionar la evaluación de terapia física y nota de progreso a su médico(s) que refieren y agentes de seguros autorizados. Por favor liste a cualquier otra persona quien tenga su permiso para hablar de sus citas, información de aseguranza o información médica. Tenemos su permiso para compartir información con alguien más que usted, su médico que refiere, y/o agentes de seguros autorizados?

Si / NO (por favor circule uno e indique abajo quien)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

He tenido la oportunidad de revisar y recibir el Aviso de Practicas de Privacidad. Yo doy mi permiso a Willows Physical Therapy de usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con este aviso.

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_