

WISDOM PHYSICAL THERAPY
Douglas Wisdom, PT

Nombre: _____ Correo Electronico: _____

Problema / lastimadura que requiere tratamiento físico: _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para este problema antes? SI NO Terapia Física SI NO

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Fuma usted? SI NO

Alergias: _____

Encierra en un círculo la zona de incomodidad o dolor:

Por favor, marque respuesta apropiada si ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes. *En caso afirmativo, indique la fecha.*

	SI	Fecha	NO		SI	Fecha	NO
Presión arterial alta	_____	_____	_____	Convulsiones	_____	_____	_____
Sensibilidad al calor / hielo	_____	_____	_____	Diabetes	_____	_____	_____
Ataque al corazón	_____	_____	_____	Mareos	_____	_____	_____
Problemas de equilibrio	_____	_____	_____	Dolor de cabeza	_____	_____	_____
Desorden Nervioso	_____	_____	_____	Marcapasos	_____	_____	_____
Problemas de Audición	_____	_____	_____	Embarazada	_____	_____	_____
Problemas de visión	_____	_____	_____	Cáncer	_____	_____	_____
El asma / respiración problema	_____	_____	_____	Implantes metálicos	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____	Las úlceras/problemas estomacales	_____	_____	_____
Hernia	_____	_____	_____	Otro problema médico:	_____	_____	_____

Fecha de lastimadura: ____/____/____ ¿Ha tenido una cirugía asociada a este problema? SI NO

Tipo de cirugía: _____ Fecha de cirugía: ____/____/____

Lista de medicamentos y vitamins que tomes presentemente: _____

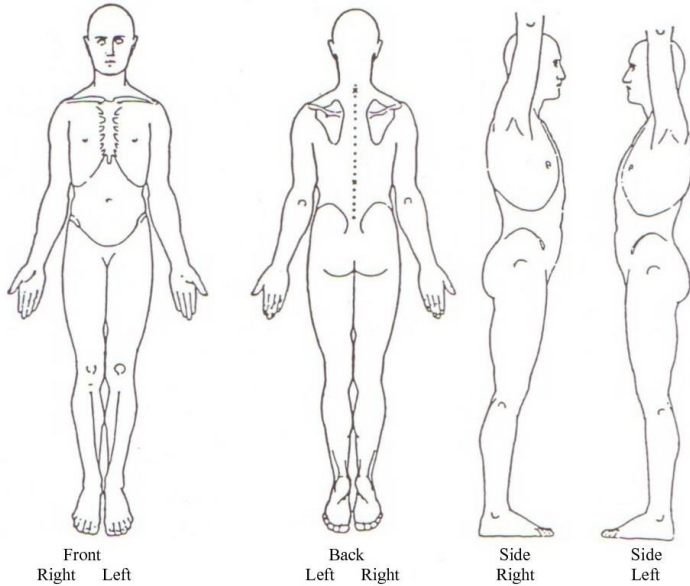
¿Ha sido hospitalizado por esta lastimadura? SI NO Fecha de hospitalización: ____/____/____

Al firmar este formulario usted da permiso para WPT para dejar mensajes de voz a los números de teléfono indicados. Si no desea recibir mensajes de correo de voz, por favor, firme aquí: _____

La información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha: ____/____/____

WISDOM PHYSICAL THERAPY
Douglas Wisdom, PT



Marque la palabra que mejor describe la calidad de su malestar:

Dolor

Entumecimiento

Agujas y Alfileres

Ardiente

Puñalada

Dolor sordo

Otro: _____

Nivel de dolor:

Área del dolor: _____

En peor: 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

En mejor: 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Instrucciones de escala:

1 - No hay dolor o molestia.

10 - El peor dolor que he tenido.

Factores agravantes: Círculo de todo lo que le causan dolor o malestar.

Sentado Estar de pie Caminando Escalera-ascendente Escalera-descendente Acostado

Sentado a de pie Agacharse Vaciar Toser/estornudar Algo más: _____

¿Que alivia el dolor o malestar? _____

¿Ha tenido alguna prueba de diagnostic, o tomado rayos X o imágenes? **SI NO Typo:** _____

¿Cuáles son sus metas para la terapia física? _____

WISDOM PHYSICAL THERAPY
Douglas Wisdom, PT

Aviso de Prácticas de Información

Este aviso describe cómo la información médica personal y otra información sobre usted puede ser usada y divulgada. También se describe cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente el anuncio.

Usted nos confía información personal sobre su salud e información financiera (se refiere a la información de salud personal como en el resto de este aviso). Usted es nuestra fuente mejor y más importante de información sobre usted.

También podemos recoger información personal sobre usted de otras personas. Por ejemplo, podemos recopilar información personal de salud de otros proveedores de salud, empleados, entidades educativas, y el sistema judicial, las compañías de seguros u otras fuentes de referencia de la comunidad o socios.

Información del Paciente Formulario de Consentimiento

He leído y entiendo completamente Aviso de Prácticas de Información de Wisdom Physical Therapy. Entiendo que Wisdom Physical Therapy puede usar o divulgar mi información médica personal para los fines de llevar a cabo el tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios prestados, y las operaciones administrativas relacionadas con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir cómo mi información personal de salud es utilizada y divulgada para tratamiento, pago y operaciones administrativas si notificar a la práctica. También entiendo que Wisdom Physical Therapy examinará las solicitudes de restricción en una base de caso por caso, pero no tiene por qué estar de acuerdo a las solicitudes de restricciones.

Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información personal de salud para los propósitos, como se indica en la Comunicación de Wisdom Physical Therapy de las prácticas de información. Yo entiendo que se reservan el derecho de revocar este consentimiento notificando la práctica por escrito en cualquier momento.

Si el paciente es menor de 18 años de edad:

Nombre del paciente

Nombre del Padre

Firma

Firma

Fecha

Fecha

WISDOM PHYSICAL THERAPY
Douglas Wisdom, PT

Responsabilidades del paciente

1. Registrarse cada visita: Por favor, registrarse en la oficina principal en cada visita. Usted tendrá que registrarse con la fecha y la hora adecuadas, también, por favor indique la fecha de la visita de su próxima consulta médica. Por favor informe a la oficina frente saber sobre cualquier cambio en su seguro y u otra información personal.

_____ (Iniciales)

2. Deje sus pertenencias personales bajo llave en el coche: Ofrecemos bandejas para llaves de su coche, pero no tienen el espacio para sus pertenencias personales. Usted asume la responsabilidad por la seguridad de sus objetos personales.

_____ (Iniciales)

3. Echa un vistazo con el personal de recepción después de cada visita: Por favor, echa un vistazo a la oficina después de cada visita. En su última visita a la semana por favor consulte con la recepcionista y programar sus visitas para la semana siguiente (s).

_____ (Iniciales)

4. Teléfonos celulares: Por favor apague su teléfono celular al entrar en el edificio como una cortesía para el terapeuta y los otros pacientes.

_____ (Iniciales)

5. Las citas canceladas: Citas canceladas con menos de 24 horas de antelación o "no shows", se le cobrará una tarifa de cancelación de \$ 15 o un "no show" tarifa de \$ 25. Si las citas son canceladas con 24 horas de antelación, no efectuará evaluado.

_____ (Iniciales)

6. Pague su co-pago o co-seguro en cada visita: Co-pagos son debidos en el momento de su nombramiento o se puede pagar a principios de la semana para todas sus citas.

_____ (Iniciales)

He leído y entendido las políticas anteriores.

Firme

_____/_____/_____
Fecha