

North Texas Physical Therapy & Rehabilitation Center

Centro de rehabilitacion y Terapia Fisica

HOW DID YOU FIND OUR CLINIC? (Como es que se entero de nosotros)

(CIRCLE ONE.) DR. FRIEND EX-PATIENT YELLOW PAGES OTHER _____
(circule uno) (amigo) (Paciente) (paginas amarillas) (otro)

LAST NAME _____ FIRST NAME _____ MI _____
(Apellido) (Nombre) (inicial)

ADDRESS _____ CITY _____ ST _____ ZIP _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

HM # _____ WK# _____ CELL# _____
(Numero de Telefono de casa) (Trabajo) (Celular)

S.S. _____ D.O.B. _____ MARITAL STATUS _____
(Numero de su Seguro Social) (Fecha de Nacimiento) (Estado Civil)

EMAIL ADDRESS _____
(Direccion de correo electronico)

REFERRING PHYSICIAN _____ PHONE # _____
(Doctor que lo mando con nosotros)

EMPLOYER _____ OCCUPATION _____
(Lugar de empleo) (Ocupacion)

TELEPHONE # _____
(Numero de Telefono de su trabajo)

ADDRESS _____ CITY _____ ST _____ ZIP _____
(Direccion de su Trabajo) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

HOW INJURED _____ DATE OF INJURY _____
(Como es que empezo su problema) (Dia en que empezo su problema)

ARE YOU RECEIVING ANY TYPE OF HOME HEALTH CARE? YES NO
(Esta usted recibiendo ayuda medica en su casa?) Si No

DO YOU HAVE A NURSE/NURSES AIDE COMING TO YOUR HOME? YES NO
(Recibe ayuda en su casa de algun enfermero(s)?) SI NO

LIST ANY MEDICATIONS TAKING _____
(Enliste los medicamentos que esta tomando actualmente)

SURGERIES UNDERGONE _____
(Mencione las cirugias que le han practicado)

ANY OTHER MEDICAL CONDITIONS _____
(Padece de alguna otra condicion medica?)

INSURANCE INFORMATION
(Informacion de su Seguro Medico)

INSURANCE COMPANY _____ PHONE # _____
(Nombre de la Compania de Seguros) (Telefono)

INSURER'S NAME _____ DOB _____
(Nombre del titular del seguro) (Fecha de nacimiento del titular)

EMERGENCY CONTACT _____ PHONE# _____
(Contacto en caso de emergencias) (Telefono)

FINANCIAL RESPONSIBILITY
(Responsabilidad Finaciera)

IT IS CUSTOMARY TO PAY FOR PROFESSIONAL SERVICES AT THE TIME THE SERVICE IS RENDERED. PATIENTS WITH PRIVATE HEALTH INSURANCE MUST REMEMBER THAT THEY ARE RESPONSIBLE FOR THE AMOUNT THEIR INSURANCE COMPANY DOES NOT COVER AT THE TIME OF SERVICES. SHOULD YOUR INSURANCE REJECT YOUR CLAIM, YOU ARE RESPONSIBLE FOR THE FULL AMOUNT.

(SE ESPERA QUE CUBRA SU PAGO POR GASTOS MEDICOS AL MOMENTO DE RECIBIR LOS SERVICIOS PROFESIONALES. PACIENTES CON SEGURO MEDICO PARTICULAR DEBERAN RECORDAR QUE SON RESPONSABLES POR LA CANTIDAD QUE SU COMPANIA DE SEGUROS NO CUBRA AL MOMENTO DE LOS SERVICIOS. SI POR ALGUNA RAZON SU SEGURO RECHAZA EL RECLAMO DE SU SEGURO ES RESPONSABLE POR LA CANTIDAD TOTAL.

BY SIGNING BELOW, YOU ARE ACCEPTING FINANCIAL RESPONSIBLTY FOR ALL MEDICAL BILLS. YOUR SIGNATURE PERMITS NORTH TEXAS PHYSICAL THERAPY TO EVALUATE AND TREAT YOU. THIS ALSO ALLOWS US TO RELEASE MEDICAL INFORMATION FROM YOUR PHYSICIAN AND OR /HOSPITAL.

AL FIRMAR EL DOCUMENTO, USTED ESTA ACEPTANDO LA RESPINSABILIDAD FINANCIERA POR TODAS SUS CUENTAS MEDICAS. SU FIRMA AUTORIZA A NORTH TEXAS PHYSICAL THERAPY A EVALUARLO Y TRATARLO. ESTO TAMBIEN NOS PERMITE FACILITAR SU INFORMATION MEDICA A SU DOCTOR Y/O HOSPITAL.

I AUTHORIZE PAYMENT OF MEDICAL BENEFITS DUE ME OUT OF ANY INDEMNITY UNDER THE TERMS OF MY INSURANCE POLICY TO BE DIRECTLY PAID TO NORTH TEXAS PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION CENTER UPON RECEIPT OF AN ITEMIZED BILLING FROM THE SAME.

AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS MEDICOS POR TRATAMIENTO PRACTICADO EN MI DE ACUERDO CON LA POLIZA DE MY SEGURO Y SER PAGADOS DIRECTAMENTE A NORTH TEXAS PHYSICAL THERAPY & REHABILITATION CENTER.

SIGNATURE OF PATIENT _____
FIRMA DEL PACIENTE

SIGNATURE OF RESPONSIBLE PARTY _____ DATE _____
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE FECHA

HISTORIA DE SALUD

Ha sufrido alguna vez de los siguientes?

	Si	No		Si	No		Si	No
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Rinon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Higado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marca Pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Circulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al Frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantes Metalicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desordenes Nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al Calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha sufrido alguna otra enfermedad no mencionada en la lista de arriba? Si No Si su respuesta fue si, por favor explique:

Alguna vez le han hecho cirugia, incluyendo su condicion actual? Si No

Si su respuesta fue si, favor de proveer una lista del tipo de cirugia y el ano en que fue hecha:

Tipo: _____ Fecha _____ Tipo: _____ Fecha _____

Tipo: _____ Fecha _____ Tipo: _____ Fecha _____

Le han proveido terapia para su condicion actual? Si No Si contesto si, favor de listar:

Localidad: _____ Fechas: _____ # de Visitas _____

Favor de listar medicamentos y suplementos herbarios que este tomando actualmente:

Tipo: _____ Dosis: _____ Tipo: _____ Dosis: _____

Tipo: _____ Dosis: _____ Tipo: _____ Dosis: _____

Tipo: _____ Dosis: _____ Tipo: _____ Dosis: _____

Que parte de el cuerpo vamos a tratar? _____

Le vamos a dar tratamiento como resultado de una caida? Si No

Se ha caido mas de dos veces en este ultimo ano? Si No

Describa la historia de su condicion actual. Favor de facilitar todos los detalles importantes.

Cuales son sus metas o expectativas de la terapia

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma: _____ Fecha: _____