

Sección I: Personal

Nombre: _____ **Fecha:** _____
Seguro Social #: _____
Dirrección (No Caja Postal): _____ **Apt/Unidad/Piso:** _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____
Codigo Postal _____ - _____ **Teléfono: (____)** _____ **Cellular: (____)** _____
Correo Electronico: _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____ **Edad** _____
Género: Female Male **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Eres menor de edad? Sí No

<u>Información de Garante:</u> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____	<u>Información de Garante:</u> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
---	---

Contacto de Emergencia: **Nombre** _____
Teléfono (____) _____ **Relación** _____
Se lastímo en el trabajo? Sí No **Fecha de Lastímada:** ____/____/____ **Nota:** Asegure completar Sección II.
Se lastímo en accidente de auto? Sí No **Fecha de Lastímada:** ____/____/____ **Nota:** Asegure completar Sección II
Referido por: Médico (Especificar): _____ Amigo(a) Página Web Publicidad (Specify): _____

Sección II: Información de Accidente

Tipo de Accidente: Trabajo Auto Casa Otro (Especificar): _____
Con quien hizo el reporte de su accidente? Compensación de Trabajo Seguransa de Autol Otro _____
Nombre de Seguro: _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____
Reclamo#: _____ **Persona de Contacto:** _____ **Teléfono: (____)** _____
Información de Abogado (si es aplicable): _____ **Teléfono: (____)** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

<u>Seguransa Primaria:</u> <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre Nombre de seguransa _____ Nombre en la póliza _____ ID # _____ Grupo # _____	<u>Seguransa Secundaria:</u> <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother Nombre de seguransa _____ Nombre en la póliza _____ ID # _____ Grupo # _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
---	--

Sección IV: Empleo

<u>Información de Empleo:</u> <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre Empleador _____ Dirrección _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Teléfono (____) _____ Ocupación _____	<u>Información de Empleo:</u> <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre Empleador _____ Dirrección _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Teléfono (____) _____ Ocupación _____
--	--

Sección V: Historia Médica

Peso _____

Usted fuma? Sí No

Si fuma, cantidad/cuántas veces?

Usted toma alcohol? Sí No

Si toma, cantidad/cuántas veces?

Usted usa drogas [Ilégaes]? Sí No

Si usa drogas, especifique: _____

Usted tiene alergias? Sí No

Si tiene alergias, describá:

Favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que usted ha tendio ó actualmente tiene:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desorden de Espalda	<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Parálisis, Debilidad Muscular
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hueso Quebrado	<input type="checkbox"/> Desorden de Nervios	<input type="checkbox"/> Apéndices
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Desplazamiento	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problema de Pie(s)
<input type="checkbox"/> Erupción de la Piel	<input type="checkbox"/> Problemas del Disco(s)	<input type="checkbox"/> Sangramiento Rectal	<input type="checkbox"/> Albúmina/Azúcar en la Orina
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Murmullo de Corazón	<input type="checkbox"/> Tosiendo Sangre	<input type="checkbox"/> Bocio/Problema de Tiroides
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Fibre Reumático	<input type="checkbox"/> Problema de Sangre/Anemia
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Respiración Corta	<input type="checkbox"/> Problema de Corazón	<input type="checkbox"/> Problema de Hígado
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Problemas de Versícula	<input type="checkbox"/> Problema del Riñon(s)	<input type="checkbox"/> Yuntura Atorada/Trancada
<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Incapacitantes	<input type="checkbox"/> Sangre en la Orina (cualquier tiempo)	<input type="checkbox"/> Problema de Estómago/Ulcera

Lista de medicamentos recientes/actuales:

Nombre	Dosis	Cantidad por Día

Sección VI: Asignación y Authorization

AUTORIZACION PARA DEJAR MENSAJES EN LA MAQUINA ELECTRONICA:

Yo autorizo a Function^{1st} Physical Therapy, LLC dejar un mensaje en mi maquina electrónica con los resultados de exámenes y para confirmar citas. _____ (Iniciales)

POLIZA DE CANCELACION / NO APARECER:

Yo entiendo que debo de cancelar ó hacer una nueva cita por lo mínimo de 24 horas antes de su cita programada. De otro modo, se me añadira un cargo adicional basado en el tipo de tratamiento. _____ (Iniciales)

AUTORIZACION DE LIBERAR INFORMACION PARA PROPOSITOS DE SEGURANSA:

Yo autorizo Function^{1st} Physical Therapy, LLC para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examinación ó tratamiento. _____ (Iniciales)

AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS AL PROVEEDOR:

(Si se lastimo en el trabajo vaya a la *Sección de Compensación de Trabajo*)

Yo autorizo mi compañía de seguransa enviar pago directamente a Function^{1st} Physical Therapy, LLC para servicios rendidos. Yo reconozco y entiendo, que sere responsable por todos los cargos de los servicios rendidos a mi ó al algún miembro de la familia cubierto por mi seguransa. Yo, como asegurado, siendo responsable por el pronto pago de todo los servicios apesar de mi cobertura seguransa. _____ (Iniciales)

Yo también entiendo que sere cobrado por costos de colecciones y cargos razonable de abogados. (Nota: 25% de costo de collección sera añadido al balance de su cuenta) _____ (INICIALES)

***SECCION DE COMPENSACION DE TRABAJO * AUTORIZACION DE LIBERAR INFORMACION AL EMPLEADOR Y SEGURANSA**

Yo autorizo Function^{1st} Physical Therapy, LLC para liberar cualquier información adquiridos en el curso de mi evaluación y/ó tratamiento. _____ (Iniciales)

Yo estoy de acuerdo de personalmente aceptar responsabilidad por el pago de cualquier cargo incurrido como resultado del tratamiento, si esta lastimada es disputado en no ser una demanda de accidente de trabajo por cualquier razón. (Nota: Pago es considerado de mora 60 días de la fecha de tratamiento y esta sujeto a un cargo de 12% interés anual. _____ (INITIALS)

Yo reconozco y aseguro que he leído, entendido y he completado la información antedicho a lo mejor de mi conocimiento.

Firma _____

Fecha _____