



846 W Foothill Blvd #C
Upland, CA 91786
T: (909) 985 8686
F: (909) 985-5706
rozinaandsmithpt.com

DEMOGRAFIA DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Licencia de controladores: _____ Altura: _____ Peso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación _____

¿Cómo te enterastes de nosotros? _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Mejor número de contacto: _____ Casa Celular

¿Podemos dejar la cita, la facturación o la información médica en su contestador automático/correo de voz? Sí No

Dejar mensajes detallados Dejar información de devolución de llamada sólo Dejar recordatorios de citas

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Podemos dejar la cita, la facturación o la información médica en su contestador automático/correo de voz? Sí No

Dejar mensajes detallados Dejar solo información de devolución de llamada

HISTORIA MEDICAL

Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta/baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Condiciones cardíacas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de circulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Implantes metálicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema/Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fumar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MRSA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia química	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mareado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de hablar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Describir cualquier otra condición o precaución: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

He proporcionado una lista escrita, ver adjunto

Droga: _____ Dosis: _____ Razón de tomar: _____
Droga: _____ Dosis: _____ Razón de tomar: _____
Droga: _____ Dosis: _____ Razón de tomar: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA

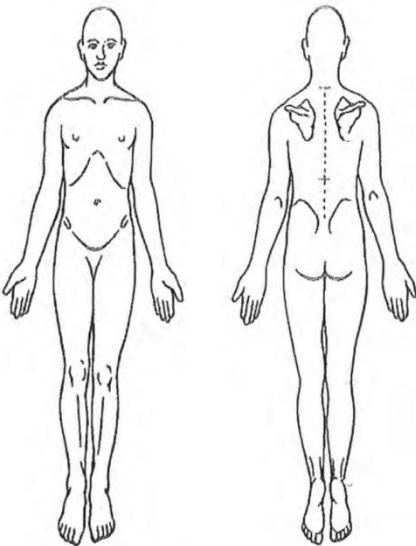
Región del cuerpo: _____ Tipo de cirugía: _____ Fecha de la cirugía: _____
Región del cuerpo: _____ Tipo de cirugía: _____ Fecha de la cirugía: _____

OTROS SÍNTOMAS (Si aún no ha visto a un médico)

Compruebe todo lo que corresponda:

- Pérdida de peso inexplicable
- Fiebre/escalofríos/sudores
- Cambios en la función intestinal/vejiga
- Dificultad para respirar
- Cambio de apetito
- Náuseas/vómitos
- Dificultad para pasar la comida
- Aumento del dolor por la noche

1. Circule el número en la escala de intensidad que mejor describa los síntomas actuales del dolor.
2. Circule o sombree la ubicación de su dolor en la carta del cuerpo a continuación.
3. Si tiene algún otro síntoma, como hormigueo o entumecimiento, dibuje estos como una línea de puntos.

INTENSITY	PAIN LOCATION
10 extremado	
9	
8	
7 grave	
6	
5 mediano	
4	
3 suave	
2	
1	
0 no dolor	

Por favor, proporcione un breve historial de su lesión, como la fecha de la lesión, cómo comenzó y cualquier tratamiento previo.

ACKNOWLEDGEMENT

La información anterior es correcta hasta donde yo sé.

Firma del paciente: _____ Testigo: _____ Fecha: _____

Firma padre/tutor (si el paciente es menor de edad): _____ Fecha: _____

Office Use Only



Contrato de Fisioterapia del Paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Yo, bajo los firmantes, por la presente consiento los procedimientos terapéuticos descritos a continuación, para ser realizados por Rozina and Smith Physical Therapy, Inc. y sus asociados.

- Acepto ser evaluado y tratado por pérdida funcional debido a disfunciones y dolor nerviosos, musculares y esqueléticos relacionados.
- Entiendo que los procedimientos terapéuticos pueden incluir pero no se limitan a la movilización de articulaciones y tejidos blandos; programas de ejercicios clínicos y domésticos; entrenamiento funcional que incluye mecánica de posturas y cuerpos; modalidades como calor, hielo, E-stim y ultrasonido; y procedimientos especiales como la grabación, e-stim neuromuscular y entrenamiento vesical.
- Entiendo que se me explicará el propósito de los procedimientos terapéuticos antes de recibir el tratamiento y que puedo rechazar cualquier procedimiento terapéutico o tratamiento en cualquier momento.
- Entiendo que puedo consultar con otros terapeutas y/o médicos en cualquier momento con respecto a mi condición.
- Entiendo que puedo comprar equipos de ejercicios de Rozina and Smith Physical Therapy, Inc. o de cualquier otra fuente.

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

- Aseguranza es un contrato entre el paciente o garante y la compañía de seguros; Rozina and Smith Physical Therapy, Inc solo facturan un seguro como cortesía al paciente. Soy financieramente responsable con Rozina and Smith Physical Therapy, Inc por los servicios prestados.
- Entiendo perfectamente que Rozina and Smith Physical Therapy, Inc pueden no aceptar mis tarifas de seguro como pago completo. Esto llevaría a que recibiera una factura por deducibles, copagos, coseguros y artículos no cubiertos. Acepto pagar por tal saldo.
- Entiendo que es mi responsabilidad obtener todas las referencias necesarias de mi médico o PCP según lo requiera mi compañía de seguros. Las recetas deben mantenerse actualizadas de mes a mes. En el caso de que mis compañías de seguros presten servicios y más tarde sean negados por mi compañía de seguros por falta de remisión/preautorización, entiendo que será mi responsabilidad pagar a Rozina and Smith Physical Therapy, Inc.
- A menos que las citas se cancelen con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar \$25.00 por citas perdidas. Este cargo no está cubierto por su seguro y es su responsabilidad de pagar.

RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Los abajo firmantes reconocen que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que he leído (o tenido la oportunidad de leer si así lo elegí) y comprendí el aviso.

Certifico que he leído y entiendo todo lo anterior:

Con el paciente (imprimir)
(auto/padre/tutor legal)

Relación entre el paciente

Firma del paciente/representante autorizado

Firma del fisioterapeuta: _____ Fecha: _____



846 W Foothill Blvd #C
Upland, CA 91786
T: (909) 985 8686
F: (909) 985-5706
rozinaandsmithpt.com

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Licencia de seguro social o de manejar #: _____

Solicito y autorizo a **Rozina and Smith Physical Therapy Inc.** a divulgar mi información de atención médica a las siguientes personas:

Médico de referencia

Otro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Toda la información sanitaria

Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

Otros: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma padre/tutor (si es menor): _____

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA 1 AÑO DESPUÉS DE SU FIRMA.
Una copia de este formulario se considerará válida como la original.