



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

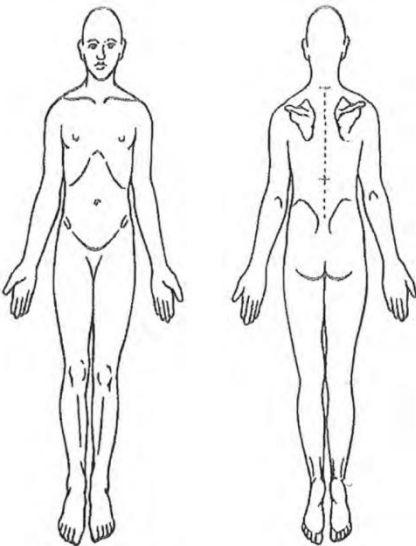
Región del cuerpo: _____ Tipo de cirugía: _____ Fecha de la cirugía: _____
Región del cuerpo: _____ Tipo de cirugía: _____ Fecha de la cirugía: _____

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

Compruebe todo lo que corresponda:

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

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, abajo los firmantes, por la presente consienten 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 tejidos articulares y tejidos blandos, programas de ejercicios clínicos y caseros; entrenamiento funcional que incluye postura y mecánica corporal; modalidades incluyendo como calor, hielo, estimulantes electrónicos y ultrasonido; y procedimientos especiales como la grabación, Estimulantes neuromuscular electrónicos 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 equipo de ejercicios de Rozina and Smith Physical Therapy, Inc. o de cualquier otra fuente.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que Rozina and Smith Physical Therapy, Inc. buscarán el pago de mi reclamo válido de compensación de trabajadores. Entiendo que Rozina and Smith Physical Therapy, Inc. no acepta Liens y solo aceptará autorización para el tratamiento de la compañía/pagador de seguros de compensación de trabajadores. Entiendo que no se me facturará ningún servicio aprobado/autorizado. Entiendo que puedo ser responsable de una reclamación denegada cuando lo permita la ley. Si soy responsable del pago de la reclamación por parte de la aseguradora o empleador de Compensación de Trabajadores y mi cuenta se refiere a cobros, entiendo que seré obligado a pagar los gastos de cobro incurridos.

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.