



Historial Confidencial Del Paciente

**Favor de llenar el formulario. Este historial sera parte de sus registros permanentes. GRACIAS!*

Nombre Completo _____ Fecha De Nacimiento ___ / ___ / ___ Sexo: M F

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Telefono: _____ Móvil: _____ Numero de Trabajo: _____

Seguro Social# _____ Es dependiente el paciente? Si No

**Favor de anotar su correo electrónico para mantener comunicación directa con su Terapista y también le da acceso digital a sus ejercicios a través de StriveHub.*

Correo Electrónico : _____

Contacto en caso de Emergencia: _____ Teléfono # _____

Nombre del ajustador de compensación de trabajo: _____

Teléfono # _____

Ocupación: _____

Quién lo refirió a nosotros? Doctor Medico Google Yelp Amigo/Familia

Otro _____

Fecha de Accidente: _____

Qué es su queja primordial? _____

Por favor enviste TODAS las cirugías que ha tenido: _____

Tiene un doctor primario ? Si No Si tiene, que es el nombre : _____

Medicinas, Dosis Y Frecuencia: _____

Aviso De Póliza de privacidad

Firma del paciente/Padre o Tutor Legal _____ Fecha _____

Historia Medica

La Terapia Física de Marketplace cumple con todas las regulaciones de privacidad de HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos). La información de los pacientes solo se utilizará para la autorización del tratamiento y el reembolso de los servicios prestados

- | | | | |
|-------------------------|---|-------------------------|---|
| Cancer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problema de los riñones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Alta Presión | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problema del Hígado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Marcapasos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Condición Cardiac | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Trastornos Nerviosos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Esta Ud. Embarazada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tos Inexplicable | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ataque De Corazon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Circulatorios | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Artritis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al Calor | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Mareos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al Frio | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas de Habla | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fracturas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Implantes Metálicos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Esta teniendo unos de estos síntomas o ha tenido recientemente? :

- | | | | |
|------------------------------|---|--|---|
| Fiebre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sudores Nocturnos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tos con Sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Erupciones Inexplicables | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Rigidez en el cuello | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Perdida de Peso Inexplicable | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glándula Salivales Hinchadas o con dolor | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fatiga Cronica | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

Ha sido expuesto a unas de estas enfermedades recientemente ?

- | | |
|-----------------------------|---|
| Viruelas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Meningitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Culebrilla (Herpes Zoster) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Peso: _____ **Altura:** _____

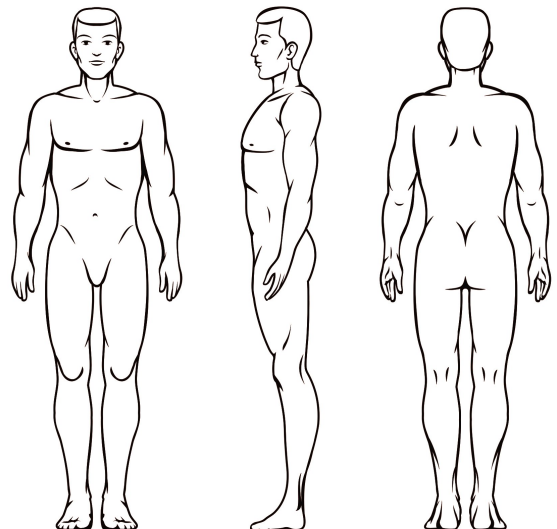
Por favor marque su nivel de dolor : 1= No Dolor, 10= Dolor Severo

Nivel de dolor severo:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de dolor en este momento:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nivel de dolor en su mejor momento:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marca las areas de sus síntomas en la figura



Firma del paciente/Padre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Acuerdo Financiero

A lo largo de los años, hemos comprobado que pagar a medida que avanza es la mejor solución posible para todos los pacientes. Esto le ahorrará la molestia de un balance grande al final de su tratamiento. Tenga en cuenta que incluso después de pagar su cantidad "estimada" en cada visita, puede haber un balance al final del tratamiento.

Cobertura del seguro:

- **La Terapia Física de Marketplace verifica su cobertura de seguro como cortesía para usted y no es garantía de cobertura. Si la información recibida por su compañía de seguros no es precisa o la cobertura cambia, usted será responsable del pago de todos los servicios no pagados.**

Responsabilidad financiera del paciente:

- El paciente es responsable de un copago de \$_____ por cada visita.
- Para pacientes de efectivo, las sesiones deben pagarse en su total antes de cada tratamiento.

Póliza de cancelación:

- Si no se presenta a su cita sin aviso y no cancela dentro de las 24 horas, se le cobrará una tarifa de \$20 que se le cobrará a usted (**No a su seguro**).
- Por favor sea cortés con nosotros y otros pacientes. Necesitamos 24 horas de aviso para llenar el lugar desocupado por su cancelación.
- Si llega después del tiempo de su cita agendada, haremos lo posible para atenderlo/a. Sin embargo si llega más de 15 minutos tarde tendremos que reprogramar su cita.

Acuerdo financiero:

Entiendo que los reclamos de seguro se enviarán a mi compañía de seguros solo por conveniencia y que soy el principal responsable de todos los cargos, independientemente de mi cobertura médica.

- Doy autorización para que se paguen los beneficios del seguro directamente a La Terapia Física de Marketplace por los servicios prestados.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobro y los honorarios razonables de los abogados.
- Autorizo a este proveedor de servicios de salud a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios.
- Además, estoy de acuerdo en que una fotocopia del acuerdo es tan válida como el original.

Solicito que mis registros, el diagnóstico y cualquier otra información necesaria sobre mi accidente / enfermedad se divulguen en La Terapia Física de Marketplace, a sus representantes y al médico tratante para fines informativos.

He leído toda la información anterior y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados y que La Terapia Física de Marketplace este cobrando a mi compañía de seguros como una cortesía para mí. En caso de que mi compañía de seguros no pague mis reclamos, participaré para ayudar a que La Terapia Física de Marketplace obtenga estos reclamos pagados.

* Autorización para tratamiento *

Doy mi consentimiento y autorizo todos los tratamientos de terapia, que junto con los juicios del médico tratante se pueden considerar necesarios o aconsejables para el diagnóstico o tratamiento del paciente en La Terapia Física de Marketplace.

Firma del paciente/Padre o Tutor Legal _____

Fecha _____