



INFORMACION DEL PACIENTE

Doctor De Referencia: _____ Fecha: _____

Informacion del Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo nombre. _____

Direccion _____ APT # _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de telefono (casa) _____ (cellular) _____

Sexo (circule) Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Seguro social # _____

Nombre de su esposo/a _____ Numero de telefono de su esposo/a _____

Contacto de emergencia _____ Numero de contacto de emergencia _____

Es lesion de (circule) Personal Por Trabajo Accidente de vehiculo

Aseguranza

Compania Primera _____ Nombre del subscriptor _____

Relacion del subscriptor _____ # Grupo _____ # Identificacion _____

Fecha de Nacimeinto del subscriptor _____

Compania Segunda _____ Nobre del subscriptor _____

Relacion del subscriptor _____ # Grupo _____ # Identificacion _____

Fecha de Nacimeinto del subscriptor _____

Estas Trabajando: (circule) Si No Donde: _____

Eres Estudiante: (circule) Si No Lugar: _____

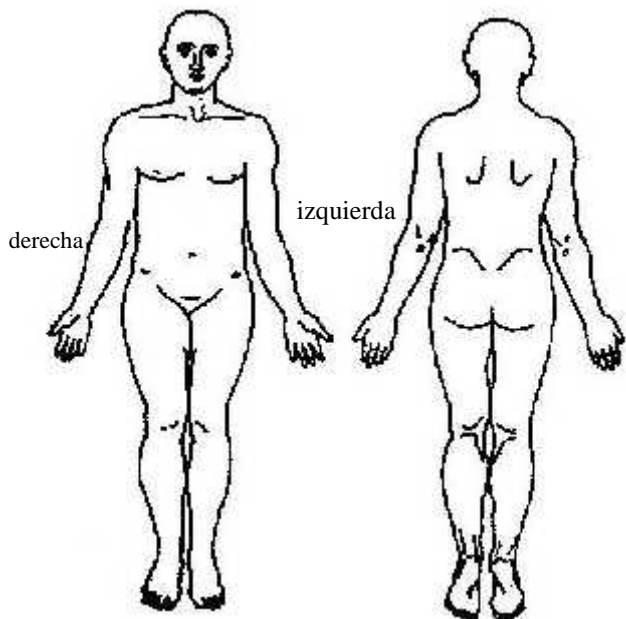
Tienes a un Abogado: (circule) Si No Nombre del abogado: _____

Si gustas recibir informacion del muscoloesqueleto y de tratamiento se lo podemos mandar correo electronico _____ @ _____

Fecha que sintomas empesaron/ como _____ Fecha de cirugia _____

Sintomas actuales

- DOLOR donde _____
que tan seguido _____
- ENTUMESIDO/ZUMBIDO donde _____
que tan seguido _____
- Por favor indique en donde le duele en el dibujo



Por favor indique in el dibujo que tipo do molestia siente. Use estas claves.

A = apretado	Z = zumbido
D = dolor	E = entumecido
DV = devil	M = mas o menos
AF = afidalo	↑↓ = tiroteo

Por favor circule el numero que mejor describe el nivel de dolor:

Hahora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En lo Peor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En el mejor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Que actividades no puede hacer?

Historia Medica

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Re-emplazo de conjonturas |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Desareglo de nervios | |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Cirugia _____ |
| <input type="checkbox"/> Implante de metal (donde?) _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Medicinas	Para Que

Allergias

AUTORIZACION DE PAGO Y APROBACION DE TRATAMIENTO

Yo autorizo a mi seguro que pague directamente a YOSEMITE PHYSICAL THERAPY al mismo tiempo siendo responsable por servicios que no son cubridos por mi seguro incluyendo **\$20 por no asistir a citas sin cancelarlas durante 24 horas (excluyendo emergencias)**. Yo tambien autorizo a YOSEMITE PHYSICAL THERAPY a proveer informacion personal para proceder este caso.

Yo estoy consiente que los procedimientos durante la session de terapia physica son servicios generales y especiales cuales son instrucciones especiales del doctor o del terapeuta. Yo tengo el derecho de de negar cualquier tratamiento en cualquier tiempo.

FIRMA: _____ FECHA: _____