



The One on One Approach!

Información de el Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____
Celular: (____) _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de Seguro Social: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____ E-mail: _____

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____
Celular: (____) _____

Motivo de Consulta

Descripción del Problema: _____

Fecha en que Ocurrió: _____

Referido por: _____ Medico Familiar: _____

Seguro Principal

Nombre del Seguro: _____ Deducible: _____

A nombre de: _____ Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ID: _____

Máximo Beneficio: _____ # de Grupo: _____

Copago: _____ Coasegurador: _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro: _____ Deducible: _____
A nombre de: _____ Parentesco: _____
Fecha de Nacimiento: _____ ID: _____
Máximo Beneficio: _____ # de Grupo: _____
Copago: _____ Coasegurador: _____

Entiendo y estoy de acuerdo que (a pesar del status de mi seguro) yo soy el principal responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido. He leído toda la información de esta hoja y he completado las respuestas solicitadas. Certifico que la información es verdadera a mi mejor entender. Estoy de acuerdo en que BioSport Physical Therapy me proporcione el tratamiento y cuidado prescrito por mi médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Informacion de Trabajo

Nombre del Empleado: _____
Retirado: _____ Discapacidad: _____ No estoy trabajando: _____
Trabajo a tiempo completo: _____ tiempo parcial: _____
Direccion de Empleado: _____
Cuidad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Telefono de Empleado: _____ Supervisor: _____
Empleado Identificacion: _____

Historial Medico

Fecha de herida: _____ Tipo de cirugia: _____ Fecha de cirugia: _____
Describe el modo en como le paso la herida? _____

Se le ha dicho alguna vez que usted tiene (favor de marcar)?

SI NO Cáncer. Que Clase y cuando: _____

SI NO Presión Arterial Alta

SI NO Problemas Cardiacos. Que clase: _____

SI NO Artritis Reumática

SI NO Tuberculosis SI NO Esclerosis Múltiple

SI NO Hepatitis SI NO Osteoporosis

SI NO Polio SI NO HIV/SIDA

SI NO Embolia. Cuando: _____

SI NO Diabetes

SI NO Migraña SI NO Depresión

SI NO Fibromialgia SI NO Cirrosis/hígado

SI NO Enfermedad de Riñón. Que Clase: _____

SI NO Asma

SI NO Coágulos SI NO Epilepsia

SI NO Problemas de Tiroides

SI NO Neumonía

Otro: _____

Indique la fecha aproximada de sus últimas cirugías/hospitalizaciones:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Indique el nombre de cualquier medicamento que esté tomando en este momento (por receta o sin receta):

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Tiene usted (favor de marcar)?

Marcapaso Trasplante de órganos Articulación Remplazada Implante Metálico

Se le han efectuado alguno de los siguientes estudios: Radiografías Resonancia Magnética Tomografía Análisis de Laboratorio

**Uso de Tabaco: Numero de paquetes que fuma por día _____ por cuantos años? _____
Si dejo de fumar, cuando dejo? _____**

Ha notado recientemente?

SI NO Cambio de Peso

SI NO Nausea/Vomito

SI NO Fatiga

SI NO Mareos

SI NO Falta de Fuerza

SI NO Temblor de Manos

SI NO Fiebre/Sudor Frio

SI NO Adormecimiento

SI NO Convulsiones

SI NO Visión Doble/Falla en la Vista

SI NO Sarpullido

SI NO Dificultad al Dormir

SI NO Sudor de noche

SI NO Sangre en el excremento

SI NO Incontinencia Urinaria

SI NO Falla de el Oído

SI NO Facilidad de moretes

SI NO Menopausia

SI NO Inflamación de hueso

SI NO Sangrado en exceso

SI NO Dificultad al respirar

SI NO Sangre en la orina

SI NO Tos persistente

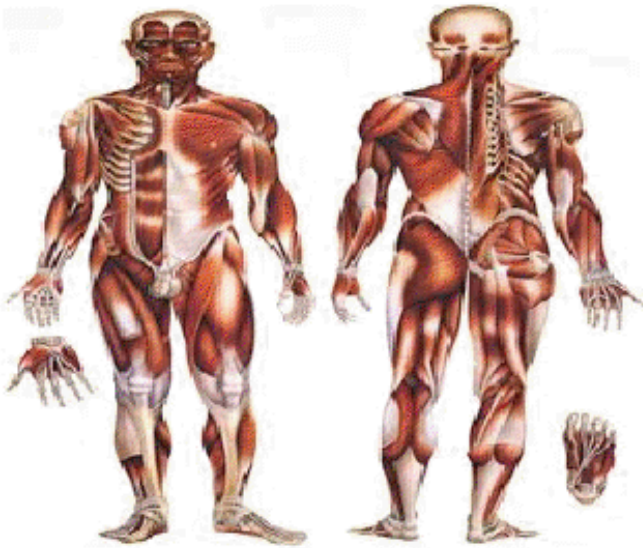
SI NO Brazos/Piernas hinchadas

SI NO Indigestión

SI NO Diarrea/Constipación

SI NO Embarazo o posibilidad de embarazo.

Indique en el cuerpo que parte(s) le duelen.



Que tan intenso es su dolor el día de hoy? Marque en la siguiente línea para indicar la intensidad de su dolor.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
No tengo Dolor muy severo dolor

Firma del Paciente

Fecha