

Apellido: _____

Nombre: _____

Inicial de segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad : _____

Estado: _____

Código de Area: _____

Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____

Numero Telefonico: _____

Email: _____

Contacto de Emergencia (Nombre y Teléfono): _____

Estado Civil:

Soltero/a: _____ Casado/a : _____ Divorciado/a: _____ Viudo/a: _____

Doctor de Cabecera/Familia: _____

Esta usted sobre el cuidado de otra agencia de salud recibiendo cuidado en la casa? Si No

Nombre de la Agencia: _____

Razón por su visita ? Terapia Física BodyQ Sesiones FyzFit

Cómo sabes sobre nuestra Clínica Fyzical? Doctor Amigo Internet

Otro: _____

Cómo prefiere recibir los recordatorios sobre sus citas ? Mensaje de text Llamada telefónica Email

Ocupación: _____ Estado de Trabajo? _____

Mano Dominante: Derecha. Izquierda Ambidiestro

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Questionario Médico

Se ha caído usted en el ultimo año? Si No Si, si. Se leciono? Si No

Describe su lesion:

Cuánta actividad física hace usted a la semana?

- 30+ minutos 5+ días /semana
- 30+min 3-5 días/semana
- 30+min 1-3 días/semana
- menos de 30 minutos 1-3 días/semana
- no hago ejercicio regularmente
- Otro: _____

Estaría usted interesado en participar en un programa de entrenamiento personal? Si No

Cuales son las actividades diarias que tiene problema en hacer?

Cuales son sus metas al participar en terapia?

Tiene dificultad para oír? Si No

Tiene audífonos o algún aparato para ayudarle a oír ? Si No

Cuál es el problema principal que lo trae a usted aquí? _____

Como empezo este problema ? _____

Ha tenido alguna Cirugía ? Si No

Nombre del Procedimiento : _____ Fecha de la Cirugía? _____

Cuales examenes/imágenes se ha hecho? X-ray MRI CT scan EMG

Densidad de huesos

Otro _____

Cuales otros tratamientos ha tenido usted ? Terapia Física Masaje Quiropráctico

Otro _____

Por Favor describa síntomas y el dolor:

Marque en la lista los que aplica para usted:

- Vertigo, cuarto moviéndose
- Mareo
- Problemas de Balance/ Desequilibrio
- Presión en el/los oídos o dolor
- Migrañas/dolores de Cabeza
- Lesion a la cabeza/ concusión
- Intolerancia al movimiento

Dolor :

- Homiguelo/ Agujitas
- Arde/Quema
- Agudo/Punzante
- Palpita
- Duele/ debil/cansado.

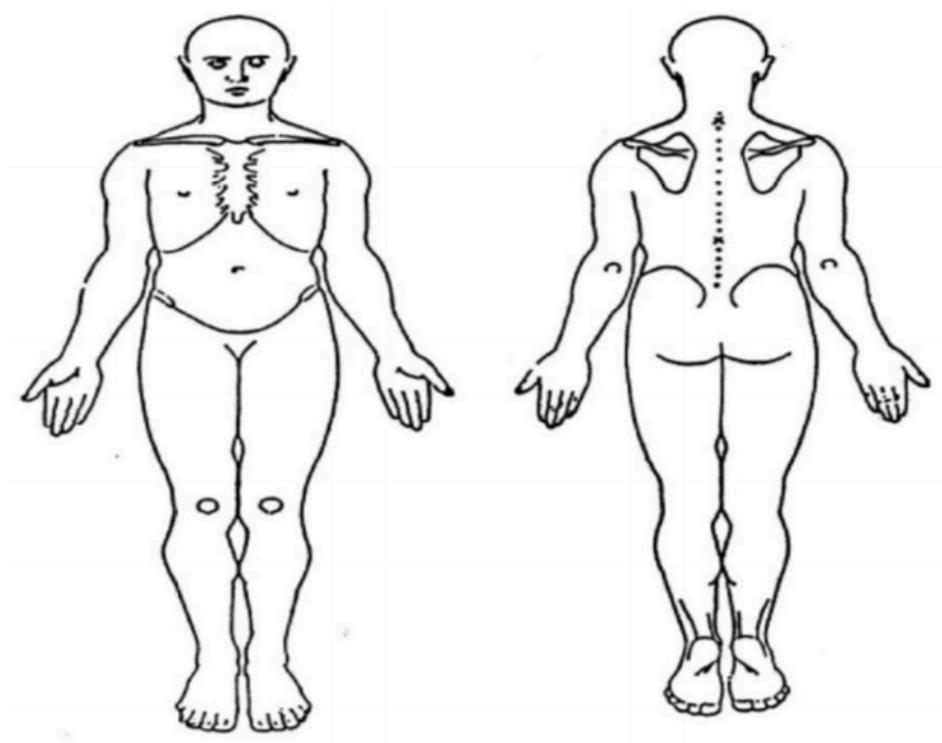
Los síntomas estan:

- Mejorando
- No cambian
- Empeorando

Los síntomas son peores en:

- La mañana
- La tarde
- La noche
- Constante

Por favor marque con un "X" en el area donde usted esta experimentando dolor/síntomas:



Actividades/posiciones que hace que los síntomas incrementen:

Actividades/posiciones que hace que los síntomas disminuyan:

Marque con un circulo para indicar el nivel de dolor o síntomas.

Referirse a esta escala:

0 = ningún dolor o síntomas

5 = duele al punto que tengo que parar la actividad

10 = dolor es tan intenso que tengo que ir al hospital

Por favor marque el dolor / síntomas que tiene en ESTE momento:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor marque el MEJOR nivel de dolor o síntomas:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor marque cual es el PEOR nivel de dolor o síntomas:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tiene usted un marcapaso? Si No

Tiene usted presión alta? Si No ¿Cuál es su presión arterial normalmente? _____/_____

Tiene usted algún implante metálico o reemplazo de alguna articulación ? Si No

Por favor liste los procedimientos y la fecha:

Tiene usted historial de cancer y/o tumores ? Si No

Por favor describa y fecha:

Quimioterapia ? Si No Radiación ? Si No

Suda o tiene fiebre en las noches? Si No

Cambio en su peso involuntario? Si No

Nuevo brote de piel / psoriasis ? Si No.

Depresión? Si No

Inflamación de articulaciones ? Yes No

Cambios de visión o visión doble? Si No

Dificultad para respirar ? Si No

Dificultad para dormir? Si No

Ansiedad? Si No

Nausea, vomito, cambios en su intestino y/o vejiga? Si No

Historial de uso de Tabaco? Nunca Si lo deje fumo actualmente

Cuantos cigarrillos o paquetes al day _____ Cigar Pipa Masticar Tabaco

Cuántas bebidas con cafeína toma usted al día ? _____ Uso de Alcohol? Si No

Si, Si, cuantas bebidas a la semana? _____

Tiene eventos donde se le sale la orina involuntariamente, así sea un poquito? Si No

Tiene usted que correr al baño? Si No

MUJERES: Esta usted embarazada? Si No Estime el día del nacimiento _____

Numero de embarazos? _____

Numero de partos vaginales? _____ Numero de cesáreas? _____

El ultimo día de su periodo menstrual? _____

Histerectomia? Si No Fecha _____

Prolapso de Organos pélvicos ? Si No Tipo: _____

Historia medica y historia medica Familiar. Si usted ha tenido alguna condición por favor mércuela en la lista del Pasado. Si usted actualmente tiene alguna condición, mércuela en la lista del Presente.

Si usted tiene alguna condición que su familia también tenga historial por favor marque en la lista de Familia.

La información que usted nos provee sobre sus pasadas y condiciones actuales nos ayuda a entender su estado de salud.

CONDICION	PASADO	PRESENTE	FAMILIA	CONDICION	PASADO	PRESENTE	FAMILIA
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus Sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Rumatoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropatía Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulo de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/ Prob. Resp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retención de fluidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste alguna otra condición que tenga actualmente o haya tenido: _____



Formulario de Reconocimiento del Paciente

Por Favor Leer, poner sus iniciales y Firmar al final

_____ Doy **consentimiento de evaluarme y recibir tratamiento** por FYZICAL Therapy and Balance Centers y reconozco que tengo el derecho de refutar cualquier procedimiento después de haber entendido los riesgos y beneficios para mí.

_____ El proceso de reclamos con los seguros médicos es una cortesía que se extiende a nuestros pacientes. Pero **usted es responsable por cualquier costo que no sea reembolsado o no sea ajustado por su seguro**. Si usted tiene alguna pregunta sobre su plan de beneficios y proceso de reclamos es mejor contacte a su compañía de seguro médico.

_____ Yo autorizo el **comunicado de información médica** durante el curso de mi tratamiento incluyendo y no limitado a historial médico, comunicación oral a mi compañía de seguro, representantes, empleador, médico de cabecera, médico que lo refirió, otros terceros que paguen tratamientos, cualquier otra persona que liste como autorizado (esposo, miembro de familia, amigo): _____

_____ Yo autorizo y doy consentimiento de **entrega u obtención de información Médica**. Información relacionada con los tratamientos de terapia, no limitados a diagnósticos, imágenes - X-rays, Cat Scans, MRI, reportes médicos, registros clínicos a mí, mi seguro y doctores.

_____ Yo autorizo el **contacto por teléfono celular, e-mail, y/o mensaje de texto sobre mis tratamientos y citas**. Los mensajes se pueden dejar con otras personas o máquinas contestadoras de los números que he dado.

_____ He recibido y/o se me ha ofrecido una copia de las **políticas de esta clínica y sus prácticas de privacidad**.

_____ Los beneficiarios de Medicare tienen un límite anual para terapias incluyendo Terapia Física, Ocupacional y de lenguaje.

_____ \$35.00 es el cargo por cheques que sean devueltos/sin fondos.

_____ Si el paciente tiene una cuenta pendiente por 60 días, la cuenta será enviada a una agencia de colección.

_____ Por la presente yo certifico y asignó a FYZICAL Therapy and Balance Center todos los pagos por servicios médicos/terapia prestados a mi y a mis dependientes que sean pagados directamente a Fyzical. **Entiendo que soy responsable de cualquier monto que el seguro no cubra**.

Paciente/Persona encargada y responsable del paciente: _____

Fecha: _____



**NOTIFICACIÓN DE CANCELACIÓN 24 HORAS ANTICIPACIÓN/ NORMA ANTE INCOMPARECENCIA
(NO LLEGAR A LA CITA)**

En FYZICAL estamos comprometidos a darle el mejor nivel de servicio. Tiene usted que también seguir las recomendaciones del plan de cuidado que ha sido creado por su terapeuta y por ende asistir a cada cita. Es esencial que usted sea consistente con las citas para mejorar su rendimiento y nivel funcional.

Como cortesía, FYZICAL envía recordatorios en forma de llamadas y mensajes de texto. No es garantizado si no lo recibe , usted es responsable por su asistencia , avisar o confirmar cada cita.

FYZICAL requiere que los clientes avisen con **24 horas de anticipación la cancelación de citas**. Esto también le da la oportunidad a otro paciente esperando poder usar ese espacio. Si usted avisa también le facilita poder reemplazar esa cita por otro tiempo mas conveniente.

Para cancelar su cita por favor llame al 941-951-0170 o envíe un mensaje de texto a 941- 225-1800.

Si no se avisa con 24 horas de anticipación o usted no llega/ no aparece a la cita, usted será multado \$50.00.

Este cargo de \$50.00 es su responsabilidad, no se puede reembolsar por el seguro, ningún seguro se encargará de cubrirlo, ni siquiera seguro de compensación de trabajo.

Al firmar esta forma usted confirma que entiende y se adhiere a esta política.

Nombre completo legible

Firma

Fecha