

HISTORIAL

Tiene o a tenido alguna de las siguientes?

Alta presión de la sangre	SI	NO	Sensibilidad a lo Frio/Caliente	SI	NO
Enfermedad del Corazon	SI	NO	Alergias	SI	NO
Ataque del Corazon	SI	NO	Hernias	SI	NO
Marca Pasos	SI	NO	Ataques	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Implantes de Metal	SI	NO
Dolor de Cabeza	SI	NO	Mareos	SI	NO
Problemas del Riñón	SI	NO	Problemas con el Equilibrio	SI	NO
Desordenes Nerviosos	SI	NO	Problemas con la Vista	SI	NO
Problemas de Audición	SI	NO	Cancer	SI	NO

Si contesto si arriba, por favor explique y de fecha aproximada _____

Esta tomando medicamento? Cuales _____

Cual es su labor? _____ Anote los requisitos físicos de su trabajo _____

Tiene dificultad con alguna de las siguientes actividades (marque las que aplican, si la marca, sea especifico, por ejemplo limite de tiempo distancia, pesas, etc.)

Sentándose _____	Durmiendo _____
Parándose _____	Cuidado Personal _____
Caminando _____	Levantando _____
Manejando _____	Otro _____

Esta o hay posibilidad que este embarazada? _____

Anote sus cirugías y las fechas(approx.-ok): _____

Que beneficios espera obtener de la terapia? Sea especifico:

- A. _____
- B. _____
- C. _____

La información previa esta correcta según mi conocimiento.

He leído y entendido plenamente el Informe sobre el Uso de la Información.. Entiendo que Sports & Wellness Physical Therapy puede usar o revelar mi información de salud personal para propósitos como llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios provistos y alguna operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y revelación de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas si requiero de intervención. También entiendo que Sports and Wellness Physical Therapy considerará solicitudes de restricción caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricción

Por este medio acepto el uso y revelación de la información de mi salud personal para los propósitos citados en el Informe de Uso de Información de Sports & Wellness Physical Therapy. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificándolo por escrito en cualquier momento.

Autorizo a mi compañía de aseguranza que haga los pagos directamente a Sports & Wellness Physical therapy de beneficios medicos, y yo sere responsable a Sports & Wellness Physical Therapy por todos los costos relacionados a mi tratamiento que la aseguranza no cubre bajo mi plan..

Firma: _____

Fecha:: _____

(Si es menor de 18 anos, firma del padre o tutor legal)