



INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

_____ (____) _____
APELLIDO NOMBRE TELEFONO de la CASA

_____ CIUDAD _____
DIRECCION ZIP

_____-_____-_____- ____/____/_____- Sexo: M F (____) _____
SEGURO SOCIAL # FECHA de NACIMIENTO TELEFONO del CELLULAR

_____ ____/____/_____-
DOCTOR que lo REFIRIO FECHA DEL ACCIDENTE

_____ (____) _____
NOMBRE del ABOGADO TELEFONO del ABOGADO DIRECCION del ABOGADO

INFORMACIÓN ADICIONAL

_____ (____) _____
NOMBRE de la COMPANIA PERSONA EN CASO de EMERGENCIA TELEFONO

_____ (____) _____
ASEGURANZA PRINCIPAL POLIZA/GRUPO # TELEFONO

_____ CIUDAD _____
DIRECCION de la ASEGURANZA ESTADO ZIP

Yo autorizo a Dynamic Physical Therapy para que proporcione la informacion pertinente a este accidente en cuanto la aseguranza lo requiera. Yo authoizo que Dynamic Physical Therapy reciba el pago directo de los beneficios de mi aseguranza por los servicios prestados. Yo entiendo que soy responsable financieramente por los servicios que la aseguranza no cubra.

FIRMA: _____

FECHA: ____/____/____



FORMA DEL HISTORIAL MEDICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE ACCIDENTE: _____

Por favor marque "X" en la respuesta que es "SI" y deje el espacio en blanco si la respuesta es "NO"

- | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EMBARAZADA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> BAJA/ALTA PRESSION |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> MAREOS |
| <input type="checkbox"/> INFECCION URINAL | <input type="checkbox"/> H.I.V. / S.I.D.A. | <input type="checkbox"/> ALERGIAS al LÁTEX o CINTA |
| <input type="checkbox"/> HERIDAS EN LA PIEL | <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> ERUPCIÓN CONTAGIOSA |

Por favor escriba otras enfermedades / cirugias no escritas arriba: _____

Describa como se lastimo: _____

Cuanto dolor tiene, del 1 at 10? _____

Que actividades hacen su dolor peor? _____

Que actividades mejoran su dolor? _____

Esta usted tomando alguna medicina? Si _____ No _____

Por favor escribalas: _____

Que forma de terapia o tratamientos ha recibido previamente o presente? _____

Que es lo que usted no puede hacer desde la lesion? _____

Cual es su queja principal? _____

Tiene usted MRI, radiografia, etc? _____

Su dolor se separa a otras partes de su cuerpo? _____

Usted experimenta intumides / cosquillas? _____

Puede usted dormir bien? _____

Se levanta con dolor/entumido? _____

Siente usted nerviosismo, ansiedad, tension o dolores de cabeza? _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____