

# Holsman Physical Therapy and Rehabilitation PC (Intake Form) Formulario de registro de paciente

## Sólo para uso de la oficina

Antiguo paciente: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha de evaluación: Fecha de la prescripción:	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Otro
Diagnóstico 1 (Desc/ICD9):	Diagnóstico 2 (Desc/ICD9):	Fecha de inicio:

## Información del paciente

Nombre del paciente: (primero, inicial del segundo, apellido, - Sr., Jr., etc.)		N.º de Seguro Social:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:      Código Postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a
Fecha de la lesión / Fecha de Inicio	Relacionado con auto: <input type="checkbox"/> Sí - ¿Estado? _____ <input type="checkbox"/> No	Relacionado con trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y teléfono del liquidador:

Si recibe Indem. para Trabajadores, ¿el accidente ocurrió con el Empleador actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si No, ¿quién era el empleador? _____ Ocupación: _____	En caso de accidente de auto: fecha del accidente: ____/____/____ Tipo de Accidente: Conductor / Pasajero / Peatón / Trabajo / Caída / Otro
--	--

¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Yelp <input type="checkbox"/> Yahoo <input type="checkbox"/> Angie's list <input type="checkbox"/> Doctor's office <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Otro _____	¿A quién debemos agradecer esta recomendación?
---	--

¿Tiene Medicare?     No     Sí      ¿Recibe actualmente Servicios de la Salud en el Hogar?     No     Sí

En ese caso, nombre de agencia y ¿qué tipo de Servicios de la Salud en el Hogar recibe? \_\_\_\_\_

Si No, ¿ha recibido servicios en los últimos 60 días? \_\_\_\_\_ En ese caso, Nombre de Agencia y última Fecha de Servicio \_\_\_\_\_

¿Fue tratado alguna vez por Fisioterapia Ambulatoria?     No     Sí

¿Actualmente reside en una Institución de Enfermería Especializada?     Sí     No    En ese caso, ¿Nombre de la Institución? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿está usted en la "Unidad de Medicare"?     Sí     No

## Información del seguro primario

Nombre de compañía de seguros:	N.º de póliza o reclamación:	N.º de grupo / Empleador de los titulares de la póliza:
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social:
Teléfono compañía de seguros:	Teléfono laboral de titulares de la póliza:	<b>Relación del paciente con titular de la póliza:</b> <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro

## Información del seguro secundario (Suplementario si Auto, Indem. para Trabajadores o Litigio)

Nombre de compañía de seguros:	N.º de póliza o reclamación:	N.º de grupo / Empleador de los titulares de la póliza:
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social:
Teléfono compañía de seguros:	Teléfono laboral de titulares de la póliza:	<b>Relación del paciente con titular de la póliza:</b> <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro

## Información del empleador

Nombre del empleador:	Teléfono del empleador:	Situación de empleo: <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Estudiante		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	

## Información de contacto de emergencia

Nombre del contacto:	Teléfono	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Otro
----------------------	----------	---

## Información del médico

Nombre del médico que lo remitió:	Teléfono:
Dirección (Sólo se requiere si es un nuevo médico el que lo remitió):	Ciudad:      Estado:      Código postal:

## Información del abogado

Nombre del abogado:	Teléfono del abogado:	<b>Dirección:</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Estado:</b> _____ <b>Código postal:</b> _____
---------------------	-----------------------	--

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a Holsman Physical Therapy and Rehabilitation, PC a tratarme según la prescripción de mi doctor y a divulgar a mi compañía de seguros/Abogado/Empleador cualquier información con respecto a atención médica, consejo, tratamiento, o insumos que se me proporcionaron. Se usará esta información con el propósito de evaluar reclamaciones de beneficios.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Si desea recibir novedades, anuncios y consejos saludables de Holsman, por favor incluya su dirección de correo electrónico:**

( Su dirección de correo electrónico no será compartida )

