



**Historial Medico**

¿Has recibido cualquier terapia física en este año de calendario actual?  Si  No

¿Se han tratado aquí o por otro fisioterapeuta anteriormente?  Si  No  
Si, donde? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Es la misma condición?  Si  No Si no, por favor especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la actual episodio de síntomas/lesiones/enfermedad: \_\_\_\_\_

¿Has visto a un médico para esta afección?  Si  No Si, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tienes un marcapasos?  Si  No

¿Qué tipo de dolor que está teniendo? Por favor una X en los cuadro/cuadros siguientes:

<b>Doloroso</b>	<b>Adormecido</b>	<b>Hormigueo</b>	<b>Un dolor que quema</b>	<b>Punzante(shooting)</b>

¿Si experimenta dolor, es allí cualquier cosa que le hace sentir mejor o peor? En pocas palabras explicar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

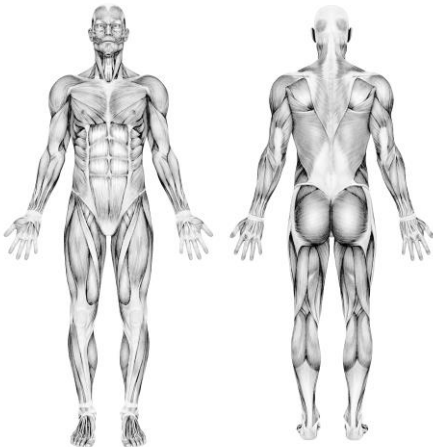
¿Dónde ocurrió la lesión?  En Casa  Escuela  Trabajo  Auto  Otro: \_\_\_\_\_

¿La gravedad es el dolor? Por favor, haga un círculo en el número siguiente:

<b>Suave(Bajo) dolor</b>			<b>Algo duro(Moderado) dolor</b>				<b>Muy duro(Maximal) dolor</b>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor, marque las áreas de dolor en el diagram siguiente:

Sírvase proporcionar una lista de sus medicamentos actuales.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información de Responsabilidad**

¿Quién será responsable de la factura? \_\_\_\_\_

Pagarán mi parte de responsabilidad financiera por:  Dinero  La Cuenta  Tarjeta de credito

Aseguransa PRIMARIA: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de la poliza: \_\_\_\_\_  
Apellido Primo Medio

Poliza Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre de poliza de trabajo: \_\_\_\_\_ Posicion: \_\_\_\_\_

Hay seguros secundario?  Si  No

Nombre de la compañía de seguros secundario: \_\_\_\_\_

---

**¿ES LA RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES?**  Si  No

Fecha de lesión: \_\_\_\_\_ Empleador al momento de la lesión: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Reclamo #: \_\_\_\_\_ Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

---

**¿ESTO ES UN CASO ACCIDENTE?**  Si  No  AUTO  OTRO: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros a pagar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Reclamo #: \_\_\_\_\_

Nombre de A liquidador: \_\_\_\_\_ Fecha de accidente: \_\_\_\_\_

---

**¿Hay un abogado involucrado en su caso?**  Si  No

Nombre de abogado: \_\_\_\_\_ Telefono Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Autorizo a Columbus fisioterapia, P.C. para proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi tratamiento y asignar por la presente a los terapeuta (s) todos los pagos por servicios prestados. Tengo entendido que yo soy responsable de todos los cargos, incluso aquellos que no son pagados por mi seguro dentro de un plazo de 30 días a partir de la declaración inicial. Entiendo que al firmar doy mi permiso para tratamiento. Autorizo a mi médico para liberar los registros necesarios para garantizar el pago de las prestaciones a la terapia física Columbus, P.C. También autorizo a Columbus fisioterapia, P.C. ponerse en contacto con el Comisionado de seguro en mi nombre, me asista en la recepción de mis beneficios completos de seguros, si lo considera necesario.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Firma de menor (menores de 18 años de edad): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre Impreso: \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Que he sido provisto con un folleto requerido por el Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA) de fisioterapia Columbus, P.C. Este documento explica cómo información médica sobre mí podrá ser utilizada, divulgada o visitada.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Office Use Only	
ITF:	PT:
Case:	