



Información del Paciente

Información de el Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ E-mail: _____

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Información de Trabajo

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Motivo de Consulta

Descripción del Problema: _____ Fecha en que Ocurrió: _____

Referido por: _____ Medico Familiar: _____

Seguro Principal

Nombre del Seguro: _____ Deducible: _____

A nombre de: _____ Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ID: _____

Máximo Beneficio: _____ # de Grupo: _____

Copago: _____ Coasegurador: _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro: _____ Deducible: _____

A nombre de: _____ Parentesco: _____

Fecha de Nacimiento: _____ ID: _____

Máximo Beneficio: _____ # de Grupo: _____

Copago: _____ Coasegurador: _____

Entiendo y estoy de acuerdo que (a pesar del status de mi seguro) yo soy el principal responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional recibido. He leído toda la información de esta hoja y he completado las respuestas solicitadas. Certifico que la información es verdadera a mi mejor entender. Estoy de acuerdo en que Pine Street Physical and Occupational Therapy me proporcione el tratamiento y cuidado prescrito por mi médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Historial Medico

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Oficio: _____

Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

Se le ha dicho **alguna** vez que usted tiene (favor de marcar)?

SI	NO	Cáncer. Que Clase y cuando: _____	SI	NO	Presión Arterial Alta
SI	NO	Problemas Cardiacos. Que clase: _____	SI	NO	Artritis Reumática
SI	NO	Tuberculosis	SI	NO	Esclerosis Múltiple
SI	NO	Hepatitis	SI	NO	Osteoporosis
SI	NO	Polio	SI	NO	HIV/SIDA
SI	NO	Embolia. Cuando: _____	SI	NO	Diabetes
SI	NO	Migraña	SI	NO	Depresión
SI	NO	Fibromialgia	SI	NO	Cirrosis/hígado
SI	NO	Enfermedad de Riñón. Que Clase: _____	SI	NO	Asma
SI	NO	Coágulos	SI	NO	Epilepsia
SI	NO	Problemas de Tiroides	SI	NO	Neumonía
Otro: _____					

Indique la fecha aproximada de sus últimas cirugías/hospitalizaciones:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Indique el nombre de cualquier medicamento que esté tomando en este momento (por receta o sin receta):

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Tiene usted (favor de marcar)?

Marcapaso
 Trasplante de órganos
 Articulación Remplazada
 Implante Metálico
 Se le han efectuado alguno de los siguientes estudios: Radiografías Resonancia Magnética Tomografía Análisis de Laboratorio

Uso de Tabaco: Cuantos paquetes fuma por día _____ por cuantos años? _____ Si dejo de fumar, cuando? _____

Ha notado **recientemente**?

SI	NO	Cambio de Peso	SI	NO	Nausea/Vomito	SI	NO	Fatiga
SI	NO	Mareos	SI	NO	Falta de Fuerza	SI	NO	Temblor de Manos
SI	NO	Fiebre/Sudor Frio	SI	NO	Adormecimiento	SI	NO	Convulsiones
SI	NO	Visión Doble/Falla en la Vista	SI	NO	Sarpullido	SI	NO	Dificultad al Dormir
SI	NO	Sudor de noche	SI	NO	Sangre en el excremento	SI	NO	Incontinencia Urinaria
SI	NO	Falla de el Oído	SI	NO	Facilidad de moretes	SI	NO	Menopausia
SI	NO	Inflamación de hueso	SI	NO	Sangrado en exceso	SI	NO	Dificultad al respirar
SI	NO	Sangre en la orina	SI	NO	Tos persistente	SI	NO	Brazos/Piernas hinchadas
SI	NO	Indigestión	SI	NO	Diarrea/Constipación			
SI	NO	Embarazo o posibilidad de embarazo.						

Que tan intenso es su dolor el día de hoy? Marque en la siguiente línea para indicar la intensidad de su dolor.

No tengo dolor |-----| Dolor muy severo

Firma del Paciente

Fecha