



# NUEVO FORMULARIO DE CLIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Media: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si diferente): \_\_\_\_\_

Sexo: M / F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Prefiere mensajes de texto o correo electrónico recordatorios de sus próximas visitas?

Mensaje de texto (Completé el número de teléfono celular de arriba)

Proveedor de telefonía celular: AT & T / Verizon / Cingular / T-Mobile / Virgin Mobile / Otros: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Completé la dirección de correo electrónico arriba)

### ¿Como supiste de nosotros?

- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>televisión</i>           | <input type="checkbox"/> <i>redes sociales</i>   | <input type="checkbox"/> <i>evento comunitario</i>     | <input type="checkbox"/> <i>acceso directo</i> | <input type="checkbox"/> <i>salud seguro</i>        |
| <input type="checkbox"/> <i>radio</i>                | <input type="checkbox"/> <i>sitio web</i>        | <input type="checkbox"/> <i>páginas amarillas</i>      | <input type="checkbox"/> <i>amigo/familia</i>  | <input type="checkbox"/> <i>médico remitente</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>correo electrónico</i>   | <input type="checkbox"/> <i>repaso sitio web</i> | <input type="checkbox"/> <i>entrenamiento Atlético</i> | <input type="checkbox"/> <i>empleador</i>      | <input type="checkbox"/> <i>autorreferencia</i>     |
| <input type="checkbox"/> <i>búsqueda en internet</i> | <input type="checkbox"/> <i>anuncio impreso</i>  | <input type="checkbox"/> <i>gimnasio</i>               | <input type="checkbox"/> <i>personal</i>       | <input type="checkbox"/> <i>cliente que regresa</i> |

*otro:* \_\_\_\_\_

¿Ha tenido terapia física / terapia del habla / tratamiento quiropráctico bajo este reclamo?  *Sí*  *No*

¿Donde? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN DEL EMPLEADOR/TRABAJADOR

Empleado en cuando se lastimó: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleado Dirección: \_\_\_\_\_

¿Tiene un abogado?  *Sí* /  *No* Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Abogada Dirección: \_\_\_\_\_

Compensación del seguro del trabajador: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL GARANTE

Si el paciente es un **MENOR**, proporcione la siguiente información como garante de su cuenta:

Nombre del Garante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Cliente / Guarda Partido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Política de la Oficina / Acuso De Recibo De La Notificación De Prácticas De Privacidad

---

**POLÍTICA FINANCIERA:** Si usted es un paciente de compensación para trabajadores, es nuestra política facturarle a su empleador o al proveedor de servicios de compensación para trabajadores por los servicios prestados. Si está cubierto por la compensación de trabajadores, aceptaremos los pagos de la aseguradora de compensación de trabajadores según las tarifas contratadas según el programa de tarifas estatales obligatorio. Si su reclamación es rechazada por la compensación de los trabajadores, usted será responsable del saldo adeudado. Es su responsabilidad proporcionarnos la información de su empleador, incluida su aseguradora de compensación de trabajadores y su compañía de seguros.

**CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO O TRATAMIENTO:** Su terapeuta físico terminará una evaluación por exanimación y entrevista. Su programa individual del tratamiento entonces será diseñado. Una variedad de técnicas del tratamiento pueden ser utilizadas. Yo, el firmante, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que **Avid Physical Therapy** suministre el cuidado y el tratamiento de la terapia física considerado necesario y apropiado en la evaluación o tratamiento de mi condición física.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD:** Como padre y/o guarda legal, autorizo **Avid Physical Therapy** para tartar \_\_\_\_\_ (*el nombre del menor de edad*).

- El menor nombrado podrá asistir a las visitas sin supervisión después de la evaluación inicial y puede firmar su/ella misma en en cada cita. \_\_\_\_\_ (*Padre/guardian inicial*)

**ASIGNACIÓN DE LAS BENEFICIOS DE SEGURO:** Autorizo por este medio **Avid Physical Therapy** para suministrar la información a los portadores de seguro referentes a este tratamiento y asigno por este medio todo el pago para los servicios hechos.

**DEMANDAS DE LA REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES'(Workers' Compensation):** Si reclama ventajas de la remuneración de trabajadores y después las ventajas están negadas, puede ser detenido responsable por tales ventajas por la cantidad total de cargas para los servicios hechos.

**CANCELACIÓN; POLÍTICA DE LA AUSENCIA:** Requerimos 24 horas de aviso en caso de cancelación. La carga para la cancelación sin el aviso apropiado es \$65 para una visita de la terapia física. Esta carga no será cubierta por el seguro, sino tendrá que ser pagada por ti personalmente antes de recibir el tratamiento adicional.

**ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Al firmar este formulario, usted es responsable del recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Movement for Life clinics. Nuestra Notificación proporciona información sobre cómo podemos usar y revelar la información médica que mantenemos sobre usted. Le recomendamos a leer nuestra Notificación completa. Si usted tiene cualquier pregunta sobre nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad que nuestro personal en la sección de registro no pueda contestar, por favor póngase en contacto con nuestra Oficina Privacidad al 805-788-0805 ó en el 1106 Walnut Street, #110, San Luis Obispo, CA 93401.

---

**CLIENTE / GUARDA PARTIDO**

---

**FECHA**

---

**IMPRIMIR POR FAVOR EL NOMBRE**

---

**(Relación con el cliente: self, guardián)**

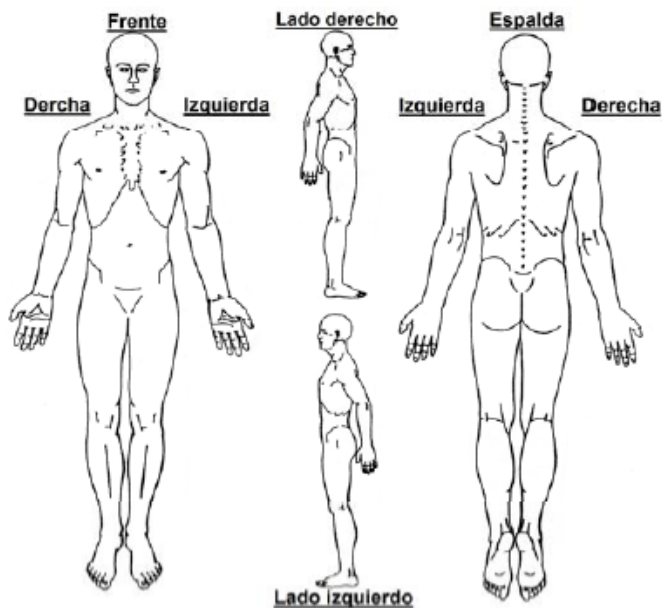


# Medical Screening Form

Nombre: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

## CONDICIÓN ACTUALMENTE:

Por Favor, use los símbolos de estas señalar la ubicación de síntomas: ^^^ Entumecimiento | \*\*\* Pernos y Agujas | /// Dolor



¿Cuándo/Como ocurrieron estos síntomas? Fecha \_\_\_\_\_

Gradualmente  Repentinamente  Herida

Por favor, describa: \_\_\_\_\_

Mis síntomas están:  Major  Casi Igual  Peor

¿Has tenido este problema antes?  YES  NO

Si es así, ¿Cómo se trató el problema y ayudó? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido estudios hechos para este problema?

(radiografías, MRI, etc)?  YES  NO

¿Cuáles son sus metas para terapia física?:

## Actualmente, estoy experimentando el siguiente (circundar todos que apliquen):

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vértigos  | <input type="checkbox"/> Dolor en la noche              | <input type="checkbox"/> La náusea/el vomitar       | <input type="checkbox"/> Fatiga > 2-4 semanas o debilidad generalizada |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                                 | <input type="checkbox"/> La pérdida de peso inexplicada | <input type="checkbox"/> Brevedad de la respiración | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad que tragar                             | <input type="checkbox"/> La depresión                   | <input type="checkbox"/> Cambios en apetito         |  |
| <input type="checkbox"/> Cambos en la función del intestine o de la vejiga | <input type="checkbox"/> La fiebre/las frialdades/suda  | <input type="checkbox"/> entumecimiento u hormigueo |  |

¿Durante el ultimo mes, ha sintiendo deprimido, presionado o desesperado?  SÍ  NO

¿Durante el último mes, ha tenido poco interés o placer en hacer actividades de diversión?  SÍ  NO

¿Se ha caído en los últimos 12 meses?  Sí  No Si es así, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICO:

### Circula cualquier condición que tengas o has tenido:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta tension arterial                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón  | <input type="checkbox"/> Historia de coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Angina                             |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca  | <input type="checkbox"/> Artritis                        | <input type="checkbox"/> Problemas de la circulación/sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado  | <input type="checkbox"/> Asma / alergias                 | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer –Tipo _____, Tratamiento _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Marcapasos                      | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia                       |

¿Eres alérgico al látex?  SÍ  NO

¿Fumas?  SÍ, cantidad/por día \_\_\_\_\_  NO

¿Tu bebes?  SÍ, cantidad/por día \_\_\_\_\_  NO

¿Estás embarazada?  SÍ  NO

¿Alérgico a los esteroides?  SÍ  NO

¿Usas marihuana/CBD?  SÍ  NO

¿Estás tomando medicaciones?  SÍ  NO

En caso afirmativo, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente. Por favor, incluya la dosis / frecuencia o proporcione una lista: (Si es necesario, puede suministrarse un registro complete de medicamentos)

Por favor enumere cualquier condición médica y cirugías pasadas con fechas que no se hayan documentado anteriormente:

