

## Precision in Movement & Performance Physical Therapy Formulario de Inscripción

Nombre Del Paciente		Cumpleaños	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Seguridad social	
Calle			Ciudad/estado/código postal		
Teléfono móvil		Teléfono del trabajo		Teléfono móvil	
Email		Doy mi consentimiento para que me recuerden las citas y ser contactado por: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email			Fuente de referencia
Nombre del contacto de emergencia		Relación con el paciente		Teléfono móvil	
Calle			Ciudad/estado/código postal		
Describa brevemente el historial de su accidente, lesión o enfermedad actual					
Fecha de la lesión			Región del cuerpo involucrada		
Nivel de dolor de 0-10, siendo 0 sin dolor. Por favor explique					
Enumere los estudios de diagnóstico recientes (rayos X, MRI, tomografía computarizada)					
¿Tienes algún metal en tu cuerpo? (Alfileres, placas, marcapasos) ¿Dónde? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Enumere cualquier alergia que tenga:		
Enumere la medicación actual con la dosis					
¿Te has lesionado por una caída este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Has tenido una ganancia / pérdida de peso inusual últimamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Has tomado esteroides / anticoagulantes durante más de un año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Is condition surgery related? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de la cirugía		Procedimiento quirúrgico	
Enumere las cirugías anteriores y la fecha, si corresponde.					
¿Está relacionado el accidente con la condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Estaba involucrado un automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha del accidente	
Describir accidente / lesión / enfermedad					
¿Te lastimaste en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de la lesion		Estas trabajando? <input type="checkbox"/> No	
Nombre del empleador en el momento del accidente			Ciudad/estado/código postal		
¿Está involucrado un litigio (demanda)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del Abogado		Teléfono #	
¿Actualmente recibe servicios a través de una Agencia de Salud en el Hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nombre		Teléfono #
Proveedor de seguros		Responsabilidad del paciente		Numero de la tarjeta de identificación	

Historial médico: marque la casilla si alguna vez ha tenido lo siguiente

- |                                   |                                    |  |                                       |  |                                      |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis     | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas | <u>Problemas con</u>                 |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Golpes       | <input type="checkbox"/> Dependencia química   | <input type="checkbox"/> Circulación |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Mareos    | <input type="checkbox"/> Implantes     | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar       | <input type="checkbox"/> Riñón       |
| <input type="checkbox"/> Asma     | <input type="checkbox"/> Enfisema  | <input type="checkbox"/> Parkinson     | <input type="checkbox"/> Tiroides     | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Discurso    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Marcapasos    | <input type="checkbox"/> Embarazada   | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple   | <input type="checkbox"/> Visión      |
|                                   |                                    |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> Audición    |

**Al iniciar y firmar a continuación, acepto las políticas proporcionadas y testifico que la información anterior es verdadera**

Consentimiento para el tratamiento \_\_\_\_\_ Política de cancelación \_\_\_\_\_ Política de tarjeta de crédito \_\_\_\_\_

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del padre / tutor: