



*Compassion, Commitment, Recovery*

---

Queridos Pacientes;

Quiero aprovechar el tiempo para agradecerle personalmente por elegirnos como su proveedor de atención médica. Espero que podamos ayudarle a mejorar su salud.

Nos esforzamos en ofrecer a nuestros pacientes la máxima profesionalidad y calidad de servicio. Nuestro compromiso con su bienestar y el aumento de sus capacidades físicas es algo que en ActiveCare Physical Therapy nos tomamos muy en serio.

Por favor, consulte con la recepción en cada visita para registrarse, pagar los copagos o saldos pendientes, programar citas y confirmar que su cuenta esté al día. El tiempo que dedicamos a usted con su terapeuta es valioso, solicitamos todas las cancelaciones o reprogramaciones hacerse con **24 horas** de anticipación. Entendemos que bajo ciertas circunstancias algunas citas tienen que ser canceladas a última hora, sin embargo si hay una serie de citas perdidas habrá un cargo por cancelación de **\$50**.

Nuestro objetivo principal es la satisfacción del paciente. Después de su cuarta visita por favor pedir una copia de nuestra encuesta de satisfacción del paciente a recepción. Le agradecería si le dedica un momento a llenarlo y devolverlo. Esta es la mejor manera que conozco para averiguar lo que mi oficina y yo estamos haciendo bien, y en qué aspectos necesitamos mejorar.

No dude en hacer cualquier pregunta con respecto a su tratamiento o progreso. Y quiero saber si hay una mejor manera en que podamos ayudarle.

Sinceramente,

Rik Couwenberg  
Dueño/Director General

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# ActiveCare

## Información del paciente

### Información del paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ # de social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección 2 \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Empleador

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección 2 \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Seguro Primario

Seguro \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_  
ID \_\_\_\_\_ Maximos Beneficios \_\_\_\_\_  
# de Grupo \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_ Coseguro \_\_\_\_\_

Suscriptor  
Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario

Seguro \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_  
ID \_\_\_\_\_ Maximos Beneficios \_\_\_\_\_  
# de Grupo \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_ Coseguro \_\_\_\_\_

Suscriptor  
Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Seguro Terciario

Seguro \_\_\_\_\_ Deducible \_\_\_\_\_  
ID \_\_\_\_\_ Maximos Beneficios \_\_\_\_\_  
# de Grupo \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_ Coseguro \_\_\_\_\_

Suscriptor  
Nombre \_\_\_\_\_  
Relacion \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Yo autorizo información solicitada por mi plan de seguro para hacer pago.  
Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo debido.  
Estoy de acuerdo en cumplir con los terminos y condiciones como se indica en el formulario de registro de pacientes.  
Yo reconozco que he recibido una copia de la notificación de privacidad  
(Usted tiene el derecho de negarse a firmar este reconocimiento si así lo desea.)

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

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

### Historial Medico

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Por favor complete su historial medico, tiene/a tenido:

- |                                       |    |    |                                   |    |    |
|---------------------------------------|----|----|-----------------------------------|----|----|
| 1. Presion Alta                       | si | no | 25. Problema de la Tiroides       | si | no |
| 2. Dolor en el pecho, Angina, Infarto | si | no | 26. Polio/enfermedad muscular     | si | no |
| 3. Colesterol Alto                    | si | no | 27. Convulsiones                  | si | no |
| 4. Marcapasos                         | si | no | 28. Migraña                       | si | no |
| 5. Falta de aire                      | si | no | 29. Trastorno Temporomandibular   | si | no |
| 6. Historia de fumar                  | si | no | 30. Escalofrios/Fiebres           | si | no |
| 7. Problemas Pulmonares               | si | no | 31. Hinchazon de las extremidades | si | no |
| 8. Enfisema/Asma                      | si | no | 32. Desorden del sueño            | si | no |
| 9. Sangrado/Moretones                 | si | no | 33. Depresion                     | si | no |
| 10. Anemia                            | si | no | 34. Fibromialgia                  | si | no |
| 11. Diabetes                          | si | no | 35. Síndrome de fatiga cronica    | si | no |
| 12. Hypoglycaemia                     | si | no | 36. Enfermedad de Lyme            | si | no |
| 13. Mareos                            | si | no | 37. Cancer/Tumors                 | si | no |
| 14. Problemas de sangre               | si | no | 38. Estas embarazada?             | si | no |
| 15. Conmoción Cerebral                | si | no | 39. Trastornos ginecologicos      | si | no |
| 16. Desmayos                          | si | no | 40. Incontinencia Urinaria        | si | no |
| 17. Ansiedad/Ataque de panico         | si | no | 41. Incontinencia Fecal           | si | no |
| 18. Artritis                          | si | no | 42. Diarrea/Nauseas/Vomitos       | si | no |
| 19. Prótesis                          | si | no | 43. Peso inexplicable             |    |    |
| 20. Enfermedad renal/piedras          | si | no | Perdida >10 lbs ultimos 30 dias   | si | no |
| 21. Hepatitis                         | si | no | 44. Menores de 18 años:           |    |    |
| 22. Lesion de la medula espinal       | si | no | Inmunizaciones actualizadas       | si | no |
| 23. Lesion cerebral traumatica        | si | no | 45. Caídas en los ultimos 6 meses | si | no |
| 24. Fracturas                         | si | no |                                   |    |    |

46. Califique su dolor del 0-10  
 (Ninguno) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (Inaguantable)

Medicamentos actuales y dosis: \_\_\_\_\_

Alergias:

- A Medicamento: \_\_\_\_\_
- A otras sustancias: \_\_\_\_\_

Cirugias incluir fechas: \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_

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

Relacion si no es el paciente/padre/tutor si menor \_\_\_\_\_



*Compassion, Commitment, Recovery*

---

Queridos Pacientes;

Además de proporcionar su cuidado con therapists altamente cualificados, somos también una clínica de enseñanza. Pueden haber veces en que uno de los estudiantes doctorales le proporcionen el tratamiento bajo la supervisión directa o indirecta de nuestros fisioterapeutas. El terapeuta estará siempre en la clínica en caso se plantea una situación. Esto permite que nuestro actual terapeuta se mantenga al día con las últimas investigaciones y los protocolos de tratamiento, y ofrecer nuestra experiencia a las generaciones futuras de fisioterapeutas.

Agradecemos su asistencia promover el desarrollo de servicios de terapia física en nuestras clínicas. Con el fin de ofrecer la máxima calidad de atención, por favor firmar a continuación para confirmar que usted es consciente de este aviso de política.

Si le preocupa o desea no ser atendido por un interno hágale saber a su terapeuta de antemano. Su grado de satisfacción con nuestros servicios de terapia física es nuestra primera prioridad.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_