



Fecha: _____

Fecha de Evaluación/Hora: _____

Cuestionario

Paciente: _____ Fec. De Nac: _____ Sexo: _____

Teléfono (c): _____ Teléfono (h): _____

Dirección: _____

Nombre del Seguro de Salud:

Nombre del Seguro Primario: _____ Numero del Seguro: _____

Nombre del Seguro Secundario _____ Numero del Seguro: _____

Proveedor de Referencia: _____ Razón de la Visita: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Información de Accidentes:

Nombre del Seguro del Paciente: _____ Numero de Reclamo _____

Nombre del Ajustador: _____ Teléfono: _____

Nombre del Seguro de Auto Culpable: _____ Teléfono: _____

Nombre del Abogado / Empresa: _____ Teléfono: _____

(Sólo Para Uso de Oficina)

Tasa de Pago en Efectivo: Evaluación Inicial: _____ Visitas de Seguimiento: _____

Deducible: _____ Alcanzado: _____ % Seguro: _____

% Paciente: _____ Copago: _____

Términos de acuerdo: Los siguientes términos se basan en la información proporcionada en el momento de la verificación. Si tiene alguna pregunta sobre la exactitud de estos términos, es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con su proveedor de seguros. Si se niega el reclamo de cobertura, el paciente es responsable del pago de los servicios. Autorizo a Expert Physical Therapy Inc. (EPT) a facturar a mi compañía de seguros directamente por los servicios prestados. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a EPT y enviaré todos los reembolsos recibidos por el pago de los servicios directamente a EPT. Acepto pagar cualquier copago, coseguro o deducible asociado descrito en mi póliza de seguro (algunas excepciones para Medicaid). Cualquier saldo adeudado después de que se hayan procesado los reclamos se facturará al paciente para que se pague en su totalidad dentro de los 30 días. He leído la información anterior y entiendo mi responsabilidad por el pago de mi cuenta.

Firma: _____ Fecha: _____



Para brindarle la mejor atención, complete la información a continuación.

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nac: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Estas embarazada? S / N Fecha de Parto: _____ GIN: _____

Que parte del cuerpo vamos a tratar:

Espalda baja / media espalda / cuello/ cadera/ rodilla / Tobillo/ hombro / codo / mano / Muñeca

Otro: _____

Has tenido algun accidente: S / N Auto / Trabajo Fecha de accidente: _____

Cricule si tiene alguna de las siguiente condiciones medicas:

Asma	Artritis	Epilepsia	marcapasos
Alta presion	Cancer(que tipo)	Desmayar	Alergias
Diabetes	Ulceras	Problemas del corazon	desorden sanguineo
Problemas para respirar	Inmuosuprimido	Accidente cerebrovascular	
Articulacion artificial (donde)			

Otro: _____

Medicamentos: _____ Ocupacion: _____

Valoración del dolor hoy(Por favor cricule) (0 = no dolor, 10 = mucho dolor)

Dolor de cabeza: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cuello: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Media espalda: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Espalda baja: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mano/brazos: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pies/piernas: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Por favor describa el **tipo de dolor** or incomodidad que está experimentando y las ubicaciones? (ej. Cuello, manos, espalda ,piernas etc.)

Rigidez: _____	Dolor: _____
Agudo: _____	Achiness: _____
Entumecimiento: _____	punzante: _____
Estremecimiento: _____	Ardiente: _____

