



Nombre Primero _____ Apellido _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono (Casa:) _____ (Celular:) _____

Social Security # _____ Fecha de cumpleaños _____ Años _____

Solo Casado Divorciado Otro Empleado Estudiante

Contacto de emergencia

Nombre _____ Dirección _____

Número de Teléfono _____ Relación con el Paciente _____

Información Médico

Médico de referencia _____ Número de Teléfono _____

Médico de atención primaria _____ Número de Teléfono _____

De Trabajo Comp / No Fault Info

Accidentes de Automóvil Trabajo Otro _____ Fecha de la lesión _____ Fecha de la cirugía _____

Empresario _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Número de Teléfono _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

Has estado aquí antes Médico Seguro Amigo/Familiar Guía telefónica Internet

Otro _____

Recordatorios de citas

Podemos recordarle ya sea a través de correo electrónico , mensaje de texto o llamada telefónica automatizada.
Por favor, elegir uno que mejor te sirva.

Recordatorio de los mensajes de texto..... Número de celular: _____

Recordatorios de teléfono de llamada Número de teléfono: _____

Recordatorios por correo electrónico..... Dirección de correo electrónico _____

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____



Pagos

Tenga en cuenta esta información con respecto a sus beneficios es transmitida a nosotros por su compañía de seguros y no es una garantizada. Al recibir su Explicación de Beneficios , su co-pago puede cambiar y usted es responsable de cualquier diferencia.

Responsabilidad de copagos por cada visita: _____

Efectivo: Primera visita _____

Responsabilidad Coseguro por cada visita: _____

Visitas raíz de la evaluación _____

Deducible: _____ (Personal de la oficina para llenar solamente)

Consentimiento de Tratamiento

Los abajo firmantes por la presente autorizo articulaciones Joints In Motion Physical Therapy and Rehabilitation, PLLC para proporcionar servicios profesionales para mí / mi hijo / mi pupila legal. Entiendo como paciente , estoy bajo el cuidado y control de mi médico (s) y que las articulaciones en Joints In Motion Physical Therapy and Rehabilitation, PLLC no es responsable de cualquier acto u omisión en la prestación de tratamiento de acuerdo con las instrucciones de mi médico.Reconozco que hay garantía o seguridad ha sido , ni puede hacerse por Joints In Motion Physical Therapy and Rehabilitation, PLLC en cuanto al resultado del tratamiento prescrito .

Cuota de cancelación

Hay una tarifa de \$ 25.00

Todos los nombramientos deben ser canceladas el día antes de su cita o para el final del día laboral el viernes para una cita el lunes para evitar cargos por no presentarse o cancelación tardía .Después de mensajes por hora con respecto a cancelaciones tal vez a la izquierda en 718-652-3432 .Si para ver dificultades para mantener sus citas , por favor hable con su terapeuta como alojamiento se pueden hacer por usted.

El seguro no cubrirá los cargos por no -show / honorarios tardía cancelación.

Acuse de Recibo del Paciente HIPAA Aviso

Reconozco que he recibido o han ofrecido una copia de las articulaciones Joints In Motion Physical Therapy and Rehabilitation, PLLC. Aviso de Prácticas de Privacidad de PLLC , a partir del 14 de abril de 2003. Reconozco mi derecho y han ofrecido la opción de solicitar para recibir comunicaciones de mi información personal de salud por medios alternativos o en lugares alternativos . Entiendo que las articulaciones en Joints In Motion Physical Therapy and Rehabilitation, PLLC puede negarse a atender mi petición si no es razonable. * **Un Aviso de normas de confidencialidad para las articulaciones en Joints In Motion Physical Therapy and Rehabilitation, PLLC también está disponible en el mostrador de facturación .**

Gracias.

Por favor firme abajo indicando que entiende nuestra política

Firma del Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____



Health History Questionnaire

Por favor marque con una X en las casillas que se aplican a usted si un problema actual o en el pasado

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pulso cardiaco irregular | <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón |
| <input type="checkbox"/> Ataque del corazón | <input type="checkbox"/> Problema en las válvulas del corazón | <input type="checkbox"/> La presión arterial alta | <input type="checkbox"/> El colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> la bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Ebre de heno |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación | <input type="checkbox"/> trastorno del riñón | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | | |

Tome la insulina? Si No ¿Con qué frecuencia usted comprueba su nivel de glucosa? _____

Trastornos gastrointestinales, especifique: _____

Otro problema / cirugía: _____

¿Alguna vez has vuelto débil o enfermo cuando expuesto a altas temperaturas?..... Si No

¿Nadie en su familia ha tenido un ataque al corazón?..... Si No

¿Fuma usted?..... Si No Cajas por día? _____

¿Se ha caído en el último año?..... Si No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

¿Recibió atención médica cuando te caíste?..... Si No No aplicable

¿Alguna vez ha recibido terapia física?..... Si No ¿Con qué propósito? _____

Medicamentos: _____

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Therapist Signature _____ Date: _____