

IMPERIAL PHYSICAL THERAPY

1030 South Glendale Ave Unite 506

Glendale CA 91204

Tel: 818-484-7941, Fax 818-484-7943

Informacion Del Paciente

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono (Casa): _____ Celular: _____ # De Seguro Social: _____

Correo
Electronico _____

Licencia de Manejar: _____ Edad: _____ Sexo (favor de Circular): Hombre Mujer

Estado civil (favor de Circular): Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Otro

Informacion de Aseguransa

Nombre de Asegurado/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La Relacion al Paciente: _____

Autorizacion/Consentimiento al Procedimiento: Yo por la presente consiento a y autorizo que Imperial Physical Therapy (IPT) ejecute los servicios terapeuticos de acuerdo con el General y las instrucciones de mi medico que trata o el terapeuta que supervisa los servicios.

Firma del paciente

Estamos requeridos a cumplir con las regulaciones federales para mantener su privacidad Protected Health Information (PHI). Tiene el derecho de solicitar una copia de su expediente medico.

Historia de Terapia Fisica

Nombre:

Fecha:

Fecha de nacimiento:

Doctor:

Queja Principal

Porque viene a terapia? ()derecha ()isquierda _____

Cuando empeso el problema?

Como empeso el problema?

Ah tenido un MRI or Rayos X para este problema? _____

Como paso el problema (indique todos los que aplican): ___Accidente de Carro ___herida en el trabajo ___Otra herida Dia de Herida: _____

Historia Medica

Ataque de Corazon	Si	No	Artritis	Si	No
Presion Alta	Si	No	Gout	Si	No
Diabetes	Si	No	Tuberculosis	Si	No
Emphysema	Si	No	Ulceras	Si	No
Asma	Si	No	Convulsiones	Si	No
SIDA (HIV/AIDS)	Si	No	Tiroides	Si	No
Cancer	Si	No	Sangrante	Si	No
Hepatitis	A	B	C		

(Por favor explique las contestaciones que indican si): _____

HISTORIA DE SIRUGIAS

Sirugias/Hospitalisacion	Ano	Complicaciones (Si algunas)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A tenido Fisioterapia antes? ____Si, ____No

Si contesto que si, Tuvo algun problema con la terapia? ____Si, ____ No

Por favor indica el problema: _____

MEDICINA

Medicamento Secundarios	Dosis	La Rason	Efectos
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergia(s):