

IMPERIAL PHYSICAL THERAPY

2222 W. BURBANK BLVD. SUITE 101
BURBANK, CA 91506
Tel: (818) 846-1441 FAX: (818) 846-1419

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 () izquierda _____

Cuando empezo el problema?

Como empezo 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/Hospitalizacion | 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):