

# 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):