

**Active Physical Therapy & Associates**  
**1423 N. & 101 S. Tracy Blvd.**  
**Tracy, CA 95376**

**FORMULARIO DE ADMISION**

Nombre \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Sexo: M/F

Telefono (casa) \_\_\_\_\_ Telefono (celular) \_\_\_\_\_

Como le gustaria recibir los recordatorios de su citas: \_\_\_ Texto \_\_\_ Email \_\_\_ Telefono

Que compañía le provee servicio celular: \_\_\_\_\_

Correo electronico (email): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Nombre de su esposo/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Seguridad Social de conyuge \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

**Aseguradora o Persona Responsable**

\_\_\_ Seguro Privado \_\_\_ Seguro de Auto \_\_\_ Indeminazion Laboral (Worker's Comp)

\_\_\_ Efectivo \_\_\_ Medicare

Si fue un accidente de trabajo o auto, cual es la fecha de su accidente? \_\_\_\_\_

Esta trabajando actualmente? Y / N

**NOTIFICACION Y ACUERDO DEL PACIENTE:** YO ACUERDO QUE **ACTIVE PHYSICAL THERAPY & ASSOCIATES (ACPT)** RECIBARA PAGO DIRECTO POR MI ASEGURADORA. YO ENTIENDO QUE SERE RESPONSABLE POR PAGAR CUALQUIER MONTO QUE NO CUBRA MI SEGURO. YO AUTORIZO LA DIVULGACION DE MI INFORMACION PARA PROCESAR MI CASO. POR LA PRESENTE AUTORIZO A ESTA OFICINA A INICIAR CON EL TRATAMIENTO QUE HA SIDO RECETADO POR MI DOCTOR. YO ME HARE RESPONSABLE POR NOTIFICAR A ESTA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI ESTADO DE SALUD, SEGURO, O INFORMACION BASICA. **ENTIENDO QUE HABRA UN COSTO DE \$25 SI NO ASISTO A MI CITA SIN AVISAR O SI CANCELO MI CITA CON MENOS DE 24 HORAS DE ANTICIPO.** CASOS DE EMERGENCIA SERAN CONSIDERADOS. (ESTO APLICA A CADA PACIENTE.)

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Active Physical Therapy & Associates**  
**1423 N. & 101 S. Tracy Blvd.**  
**Tracy, CA 95376**

**TERMINOS DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Si usted tiene un deducible o co-pago por medio de su seguro medico, este debera ser pagado al inicio de cada visita. Nuestra oficina permite 45 dias para que su reclamo sea pagado. Por lo cual, si no recibimos pago por medio de su aseguradora despues de 45 dias, usted, el paciente, sera responsable de liquidar su cuenta.

Estamos para servirle, y con mucho gusto podemos hablar acerca de su tratamiento y contestar cualquier pregunta que tenga acerca de su poliza medica. Sin embargo tenga en cuenta que:

1. No todos los servicios son cubiertos por cada poliza, ya que cada poliza es diferente. Usted es responsable por pagar lo que su seguro medico no cubre. Con frecuencia las aseguradoras citan sus beneficios, pero puede que ellos consideren por medio de sus propios estandares, que su tratamiento no es "justificado medicamente". Por lo tanto, cualquier tratamiento no cubierto por su aseguradora sera su responsabilidad financiera.
2. Nosotros enfatizamos que su plan medico es un contrato con usted y/o su empleador y la asegurador. **ES SU RESPONSABILIDAD CONOCER SUS BENEFICIOS EN CUANTO A FISIOTERAPIA.**

**ACUERDO DE PRIVACIDAD**

Por la presente entiendo y acuerdo que en la sala de espera en esta oficina esta publicado la notificacion de los derechos de privacidad para el paciente. Entiendo que en cualquier momento puedo pedir una copia escrita de estos derechos. Doy consentimiento a ACPT a usar y divulgar mi informacion de salud, para procesar mi servicio medico con la aseguradora.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestras polizas o de su poliza medica, por favor no dude en preguntarnos. Estamos para servirle.

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

**(SU FIRMA INDICA SU CONSENTIMIENTO A LO ANTERIOR MENCIONADO )**

Active Physical Therapy & Associates

HISTORIAL MEDICO

(Confidencial)

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo afectado \_\_\_\_\_

Intensidad de Dolor

(sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Dolor insoportable)

Indique si tiene o ha tenido alguna condicion medica:

- Artritis (reumatoide/osteoartritis), Osteoporosis, Embolia, Depresion, Alta presion, Ataque al corazon, Impedimentos Visuales, Diabetes, Problemas Respiratorios (Asma, COPD, etc...), Cancer, Dolores de Cabeza/Migraña, Otro

Cada cuanto tiene dolor o incomidad en la parte afectada?

- A cada hora, Diario, Varias veces por semana, Una vez por semana, Menos de una vez por semana

Describe su dolor? (marque todo lo que aplique)

- Constante, Va y viene, Ocasionalmente, Adolorido, Dolor Agudo, Dolor que quema, Piquetes, Hormigueo/Adormecimiento (donde?), Otro

Marque las actividades que aumentan su dolor: (marque todo lo que aplique)

- Estar Sentado, Estar de pie, Caminar, Correr, Estar Acostado, Estar de cuclillas, Agacharse, Torcerse, Cargar, Estirar brazo hacia arriba, Usar teclado/computadora, Otro

Marque las actividades que alivian su dolor: (marque todo lo que aplique)

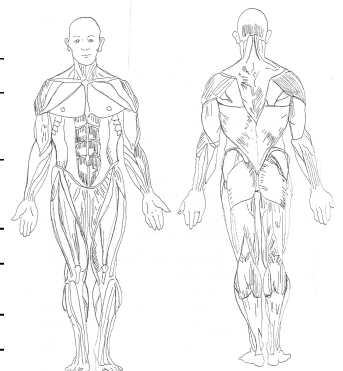
- Sentarse, Estar de pie, Caminar, Acostarse, Compresas calientes, Compresas frias, Elevar la parte afectada, Otro

Por favor indique su capacidad maxima para llevar a cabo las siguientes actividades:

Sentarse (tiempo):, Caminar/De Pie (tiempo):, Correr (tiempo):, Subir escaleras (#):, Cargar (lbs):, Jalar/Empujar (lbs):, Estirar (tiempo):, Cucillas (#):

Que medicamentos esta tomando actualmente:

Ha tenido alguna cirugia (indique la fecha)



MARQUE EL DIAGRAMA CON UNA "X" DONDE TIENE DOLOR ->