

### Sección I: Personal

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirrección (No Caja Postal): \_\_\_\_\_ Apt/Unidad/Piso: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_

**Género:**  Female  Male **Estado Civil:**  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

**Eres menor de edad?**  Sí  No

#### Información de Garante:

Madre  Padre  Esposo(a)  Pareja

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Información de Garante:

Madre  Padre  Esposo(a)  Pareja

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Se lastímo en el trabajo?**  Sí  No **Fecha de Lastímada:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Nota:** Asegure completar Sección II.

**Se lastímo en accidente de auto?**  Sí  No **Fecha de Lastímada:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Nota:** Asegure completar Sección II

**Referido por:**  Médico (Especificar): \_\_\_\_\_  Amigo(a)  Página Web  Publicidad (Specify): \_\_\_\_\_

### Sección II: Información de Accidente

**Tipo de Accidente:**  Trabajo  Auto  Casa  Otro (Especificar): \_\_\_\_\_

**Con quien hizo el reporte de su accidente?**  Compensación de Trabajo  Seguransa de Auto/  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Reclamo#: \_\_\_\_\_ Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Información de Abogado (si es aplicable):** \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### Sección III: Información de Seguransa

#### Seguransa Primaria:

Usted  Esposo(a)  Padre  Madre

Nombre de seguransa \_\_\_\_\_

Nombre en la póliza \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Seguransa Secundaria:

Self  Spouse  Father  Mother

Nombre de seguransa \_\_\_\_\_

Nombre en la póliza \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Sección IV: Empleo

#### Información de Empleo:

Usted  Esposo(a)  Padre  Madre

Empleador \_\_\_\_\_

Dirrección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

#### Información de Empleo:

Usted  Esposo(a)  Padre  Madre

Empleador \_\_\_\_\_

Dirrección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

**Sección V: Historia Médica**

**Peso** \_\_\_\_\_  
**Usted fuma?**  Sí  No **Si fuma, cantidad/cuántas veces?** \_\_\_\_\_  
**Usted toma alcohol?**  Sí  No **Si toma, cantidad/cuántas veces?** \_\_\_\_\_  
**Usted usa drogas [Ilégales]?**  Sí  No **Si usa drogas, especifique:** \_\_\_\_\_  
**Usted tiene alergias?**  Sí  No **Si tiene alergias, describá:** \_\_\_\_\_

**Favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que usted ha tendio ó actualmente tiene:**

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desorden de Espalda	<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Parálisis, Debilidad Muscular
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hueso Quebrado	<input type="checkbox"/> Desorden de Nervios	<input type="checkbox"/> Apéndices
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Desplazamiento	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problema de Pie(s)
<input type="checkbox"/> Erupción de la Piel	<input type="checkbox"/> Problemas del Disco(s)	<input type="checkbox"/> Sangramiento Rectal	<input type="checkbox"/> Albúmina/Azúcar en la Orina
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Murmullo de Corazón	<input type="checkbox"/> Tosiendo Sangre	<input type="checkbox"/> Bocio/Problema de Tiroides
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Fibre Reumático	<input type="checkbox"/> Problema de Sangre/Anemia
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Respiración Corta	<input type="checkbox"/> Problema de Corazón	<input type="checkbox"/> Problema de Hígado
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Problemas de Versícula	<input type="checkbox"/> Problema del Riñon(s)	<input type="checkbox"/> Yuntura Atorada/Trancada
<input type="checkbox"/> Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Incapacitantes	<input type="checkbox"/> Sangre en la Orina (cualquier tiempo)	<input type="checkbox"/> Problema de Estómago/Ulcera

**Lista de medicamentos recientes/actuales:**

Nombre	Dosis	Cantidad por Día

**Lista de cualquier cirugía previa que has tenido:**

Procedimiento de Cirugía	Año	Hospital	Nombre de Cirujano

**Sección VI: Asignación y Authorization**

**AUTORIZACION PARA DEJAR MENSAJES EN LA MAQUINA ELECTRONICA:**

Yo autorizo a Function<sup>1st</sup> Physical Therapy, LLC dejar un mensaje en mi maquina electrónica con los resultados de exámenes y para confirmar citas. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**POLIZA DE CANCELACION / NO APARECER:**

Yo entiendo que debo de cancelar ó hacer una nueva cita por lo mínimo de 24 horas antes de su cita programada. De otro modo, se me añadirá un cargo adicional basado en el tipo de tratamiento. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**AUTORIZACION DE LIBERAR INFORMACION PARA PROPOSITOS DE SEGURANSA:**

Yo autorizo Function<sup>1st</sup> Physical Therapy, LLC para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examinación ó tratamiento. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS AL PROVEEDOR:**

**(Si se lastimo en el trabajo vaya a la \*Sección de Compensación de Trabajo\*)**

Yo autorizo mi compañía de seguridad enviar pago directamente a Function<sup>1st</sup> Physical Therapy, LLC para servicios rendidos. Yo reconozco y entiendo, que sere responsable por todos los cargos de los servicios rendidos a mi ó al algún miembro de la familia cubierto por mi seguridad. Yo, como asegurado, siendo responsable por el pronto pago de todo los servicios apesar de mi cobertura seguridad. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Yo también entiendo que sere cobrado por costos de colecciones y cargos razonable de abogados. (Nota: 25% de costo de collección sera añadido al balance de su cuenta) \_\_\_\_\_ (INICIALES)

**\*SECCION DE COMPENSACION DE TRABAJO \* AUTORIZACION DE LIBERAR INFORMACION AL EMPLEADOR Y SEGURANSA**

Yo autorizo Function<sup>1st</sup> Physical Therapy, LLC para liberar cualquier información adquiridos en el curso de mi evaluación y/ó tratamiento. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Yo estoy de acuerdo de personalmente aceptar responsabilidad por el pago de cualquier cargo incurrido como resultado del tratamiento, si esta lastimada es disputado en no ser una demanda de accidente de trabajo por cualquier razón. (Nota: Pago es considerado de mora 60 días de la fecha de tratamiento y esta sujeto a un cargo de 12% interés anual. \_\_\_\_\_ (INITIALS)

**Yo reconozco y aseguro que he leído, entendido y he completado la información antedicho a lo mejor de mi conocimiento.**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_