



Formulario de Admisión para la Fisioterapia y Medicina Deportiva

Los pacientes tienen la responsabilidad de estar enterados de sus beneficios de seguro.

¿Ha tenido fisioterapia este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es que sí, indique cuántas visitas:	
¿Fecha que usted volverá a ver a su médico:			
Nombre de paciente:		Edad y fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección postal:	Ciudad:	Código postal:	
Dirección domiciliaria:	Ciudad:	Código postal:	
Teléfono de casa:	Celular:		
Número de seguro social:	Email:		
Estado civil:	Nombre y fecha de nacimiento de el/la cónyuge:		
Nombre del contacto para emergencias y el parentesco con el paciente:	Núm. de teléfono del contacto para emergencias:		

Para Pacientes con Medicare

Fecha de retiro o discapacidad:	Fecha de retiro de el/la cónyuge, si corresponde:
---------------------------------	---

Para Casos de Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales, o de Accidentes de Tránsito

La condición del paciente está relacionada con: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Otro:		
¿Ha tenido fisioterapia para esta lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es que sí, indique el número de visitas:
Nombre de la compañía de seguros:		
Fecha de la lesión:	Núm. de reclamación:	Estado donde sucedió el accidente:
Nombre del ajustador de seguros:	Teléfono:	Fax:
Empleador al momento del accidente:		Teléfono de empleador:
Dirección de empleador:		

Antecedentes Médicos para Fisioterapia y Medicina Deportiva

En este momento, ¿está bajo el cuidado de alguno de los siguientes?

- Doctor en Medicina
 Osteópata
 Naturópata
 Psiquiatra
 Fisioterapeuta
 Quiropráctico
 Neurólogo
 Otro:

¿Alguna vez le han diagnosticado a usted o a algún familiar directo con cualquiera de las siguientes condiciones?

Ud.	Familiar		Ud.	Familiar		Ud.	Familiar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farmacodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condiciones artríticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia/bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas tiroideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:			

Alergias:

Indique cualquier cirugía/lesión/hospitalización que haya tenido antes:

Indique cualquier receta médica o medicamento de venta libre que esté tomando actualmente:

Por favor, califique su dolor en una escala de 0 – 10 (0 = nada de dolor, 10 = el peor dolor que se puede imaginar)

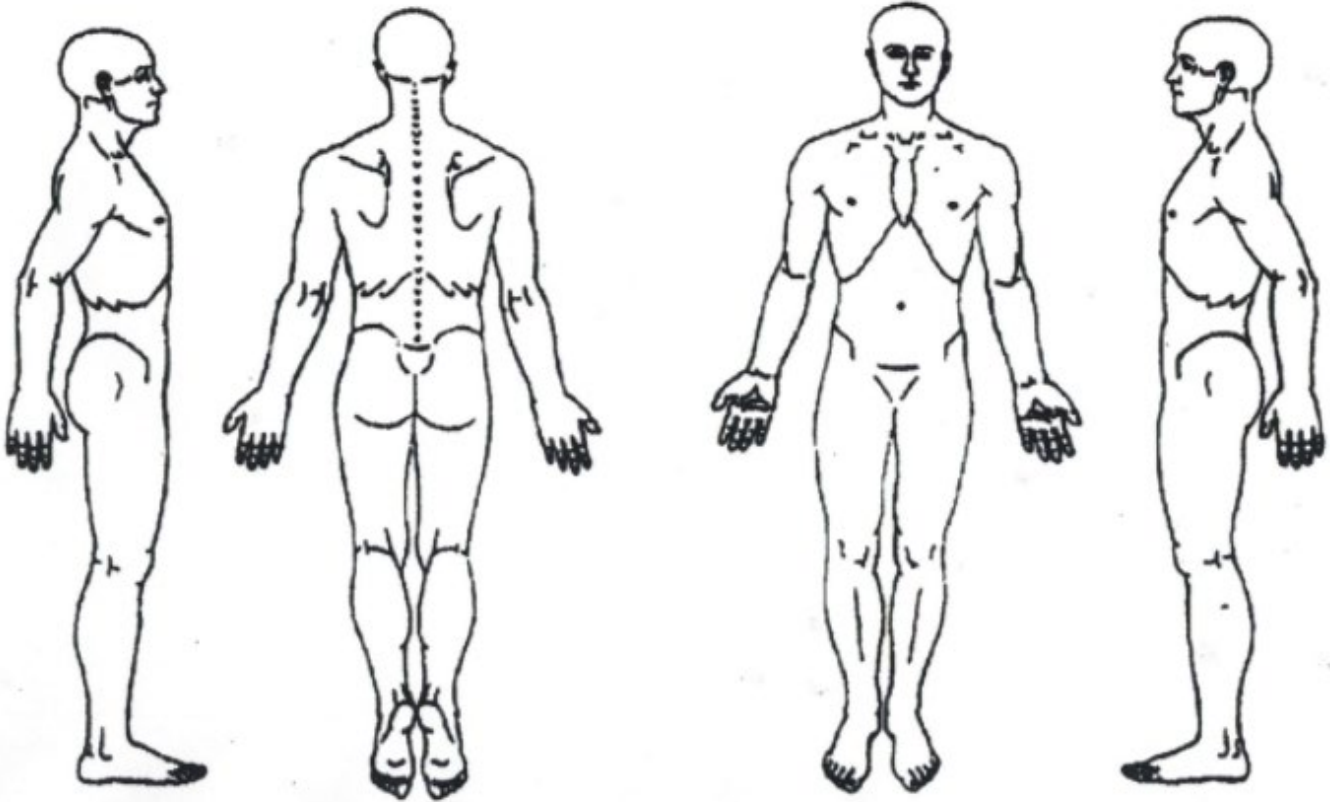
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Le han tomado imágenes radiográficas para esta lesión?

- Rayos-X
 Imagen por resonancia magnética (IRM)
 Tomografía axial computarizada (TAC)
 Ultrasonido
 Otro:

Si es que sí, indique el nombre del centro donde le sacaron las imágenes:

Por favor, marque las áreas afectadas:



Por favor, marque con un círculo el número a continuación que mejor representa el promedio de su nivel de funcionamiento:

No puede hacer nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Puede hacer todo
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

¿Qué es lo que quisiera poder hacer después de la fisioterapia que no puede hacer ahorita?
