

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

(Por favor imprima claramente)

Nombre: _____ Fecha: _____
(Primer nombre y apellido incluyendo la inicial del segundo nombre)

Dirección: _____

Número de teléfono de casa: _____ # de trabajo: _____
de celular: _____

Email: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

de seguro social: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Contacto de emergencia (nombre y # de teléfono): _____

Podemos revelar información médica a esta persona? S N

Referido por (nombre de médico): _____

Médico primario: _____ # de teléfono: _____

Usted ha recibido terapia física este año? S N

Si ha recibido, donde y por cuánto tiempo? _____

Información del seguro:

Seguro primario: _____ Número de ID y grupo: _____

Suscriptor: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

de seguro social del suscriptor (*obligatorio*): _____

Seguro secundario: _____ Número de ID y grupo: _____

Suscriptor: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

de seguro social del suscriptor (*obligatorio*): _____

=====

Si esto es debido a una lesión en el trabajo, por favor complete lo siguiente:

Empleador: _____ Fecha del accidente: _____

Dirección del empleador: _____

de reclamo: _____

Administrador(a) del caso: _____ # de teléfono: _____

Si esto es debido a un accidente de vehículo, por favor complete lo siguiente:

Compañía de seguro: _____ # de reclamo: _____

Dirección del seguro: _____ # de teléfono: _____

Administrador(a) del caso: _____ Fecha del accidente: _____

Abogado (*si corresponde*): _____ # de teléfono _____

Usted está recibiendo cuidado quiropráctico? S / N

** Si usted está recibiendo cuidado quiropráctico, por favor programe sus citas de terapia física en diferentes días. El seguro del vehículo no permite que una persona reciba servicios de cuidado quiropráctico y terapia física en el mismo día. Muchas gracias. **

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Cientes de seguros:

Por la presente doy mi consentimiento a dichos procedimientos de tratamiento y atención al paciente que, a juicio de mi terapeuta y / o médico, se pueden considerar necesarios o aconsejables mientras sea paciente de Joint Motion, L.L.C. Terapia física. Doy mi consentimiento para el uso de mi información de salud que de otro modo estaría protegida para mi tratamiento, para las operaciones de práctica de Joint Motion y para asegurar el reembolso del seguro. Entiendo que seré tratado en un entorno al aire libre y es posible que se divulgue información personal limitada. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a:

Joint Motion, L.L.C.

373 Park Ave

Scotch Plains, NJ 07076

Para cualquiera de los servicios que me brindó Joint Motion, L.L.C. Terapia física. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que libere a mi (s) compañía (s) de seguros y a sus agentes los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Por la presente, autorizo a mi (s) compañía (s) de seguros a proporcionar al terapeuta mencionado arriba cualquier información sobre mis reclamos de seguro bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social. También soy consciente de que puedo ser responsable de cualquier cargo que mi compañía de seguros niegue el pago por el servicio como "no médicamente necesario".

Una copia de esta firma es tan válida como la original.

Firma (paciente / tutor): _____

Testigo (Personal de Joint Motion): _____ Fecha: _____

Cientes de Self Pay solamente:

Nombre del paciente: _____

Esto es para certificar que soy financieramente responsable ante Joint Motion, LLC por los servicios prestados a mí. También autorizo el pago directamente a Joint Motion, L.L.C.

Beneficios que de otro modo serían pagaderos a mí, pero que no excedan los cargos establecidos.

Cargo por visita: \$ _____ inicial _____

Firma (paciente / tutor): _____

Testigo (Personal de Movimiento Conjunto): _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO O PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre usted. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso y hacer preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Previa solicitud, se le proporcionará una copia de nuestro aviso revisado. Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente

Firma del paciente / tutor

NOTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE ALERTA DE CITAS

Nuestra oficina utiliza un sistema de alerta por mensaje de texto o por voz para notificarle las fechas y horarios de las próximas citas. La información médica específica para su cuidado y tratamiento no se compartirá a través del sistema de alerta automático. A menos que elija de manera diferente a continuación, la selección predeterminada es mediante alerta de texto a su número de teléfono móvil. Puede optar por este sistema de alerta en cualquier momento. Si decide hacerlo, notifique a nuestro personal de recepción tanto verbalmente como por escrito a la brevedad posible.

Por favor seleccione su preferencia:

p Prefiero una alerta de texto solamente: (el número de celda será el predeterminado) teléfono preferido si otro # _____

p Prefiero una alerta de voz al número de teléfono: _____ solamente

p Prefiero no participar y no recibir una alerta.

* Por favor, revise nuestra política de cancelación / no presentación. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa por las citas canceladas / perdidas sin notificación previa de 24 horas.

** Para garantizar que le proporcionemos la mejor atención posible, con un aviso de 1 semana, tenga a bien proporcionar al personal de nuestra oficina la información de su futura cita médica. Al hacerlo, esto ayudará a mantener una buena comunicación entre nuestra oficina y sus proveedores médicos.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído nuestra Notificación del sistema de alerta de citas.

Nombre del paciente

Firma del paciente / tutor

MEDICAL SCREEN FORM

Name:		Date of Birth:	
Height (in inches):	Weight:	Age:	Gender: M / F Smoker: Y/N
Are you pregnant(Females): Y/N		Occupation:	Work status: Full/Modified/Not Working

PAST MEDICAL HISTORY Have you or a family member EVER been told that you have or had:

You Family ↓ ↓	You Family ↓ ↓	You Family ↓ ↓	You Family ↓ ↓
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergies/Asthma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mental Illness	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Dis.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina/Chest Pain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurological Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stroke/TIA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blood Clot/DVT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High Cholesterol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoarthritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcers
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer(specify below)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liver Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autoimmune Disease
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lung Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seizure/Epilepsy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergies-Pets
OTHER:			

Have you had a recent illness or infection? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes please explain _____
Do you take blood thinners? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Are you allergic to latex or adhesives? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
During the past month, have you been bothered by feeling down, depressed or hopeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
During the past month, have you been bothered by little interest or pleasure in doing things? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, Is this something in which you would like help? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Yes but not today
Has your weight changed significantly since your symptoms began? <input type="checkbox"/> YES, unsure why <input type="checkbox"/> YES, I know why <input type="checkbox"/> No
In the past 12 months, have you fallen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, how many times? ____ Did it cause an injury? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Have you had any problems with bowel or bladder functioning (incontinence, etc) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

PAST RELEVANT or RECENT SURGICAL HISTORY

Surgery: _____ Date: _____
 Surgery: _____ Date: _____

MEDICATIONS (Name, Dosage and Frequency)
<input type="checkbox"/> see attached list (please provide a list if checking this line)



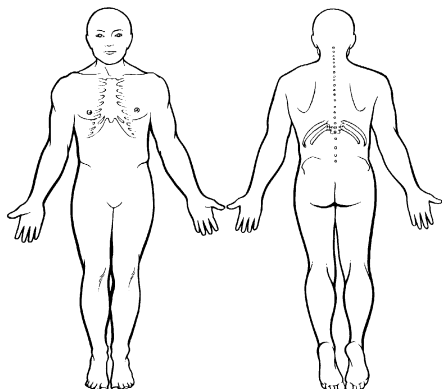
CURRENT SYMPTOMS

Where are you currently having symptoms? Body Region(s) : <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Both
What date (approximately) did your present pain start?
How did it begin? (gradually, suddenly, injury)
My symptoms are currently (circle one): GETTING BETTER ABOUT THE SAME GETTING WORSE
Have you received any type of treatment for this problem (Injections, PT, Chiropractic, Acupuncture, Etc)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Have you ever had this problem before? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
If yes, how was the problem treated?

MEDICAL SCREEN FORM

How long did it take you to feel better?			
For your current problem, have you had an x-ray, MRI, or other imaging study? Y/N , if yes, which& results?			
How are you able to sleep at night? (circle one) WELL MODERATE DIFFICULTY ONLY WITH MEDICATION			
Does coughing, sneezing or taking a breath make your symptoms worse? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Does eating certain foods change your symptoms? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Have you recently experienced (Please circle any that apply) :Nausea/Vomiting/Fever/Chills/Sweats/Extreme Fatigue <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
What makes your symptoms better?			
Please circle the activities that make your pain worse:			
Lying Down	Sitting	Standing from a sitting position	Prolonged Standing Lifting Gripping
Walking	Stress	Reaching Stairs	Other: _____
Please list the best and worst time of day for your symptoms BEST _____ WORST _____			
What is your personal goal for therapy?			

BODY CHART: Please mark the areas where you feel pain on the chart below



For the therapist

- + / - Cough/Sneeze
- + / - Saddle Anesth.
- + / - Bw/Bldr Chnge
- + / - Numb/Ting

On the scales below, please circle the number which best represents the severity of your pain in general:

Average for the last 48 hours: 0 (No Pain) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Worst pain imaginable)

Best for the last 48 hours: 0 (No Pain) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Worst pain imaginable)

Worst for the last 48 hours: 0 (No Pain) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Worst pain imaginable)

Please circle the number below which best represents your overall average level of function.

0 (Cannot do anything) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Able to do everything)

Aggravating Factors: Identify up to 3 important activities that you are unable to do or are having difficulty with as a result of your problem. List them below:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Below for therapist :

Rating: _____

Rating: _____

Rating: _____

For Therapist Use

Patient Specific Functional Scale Avg: _____

Score for SPPB/ QDASH/ LEFS/ NDI/ODI/BERG : _____

CONSENT: I understand that my diagnosis & treatment plan will be discussed during my appointment and that I have the right to question and/or refuse any treatment offered.

Signature _____ Date _____ Therapist initials _____