Dignity Health
Physical Therapy
in partnership with Select Medical

Formulario de información del paciente

Información demográfica del paciente				
***Apellido**		***Primer nombre**		***Inicial 2.º nombre**
Dirección	Unidad	Ciudad	Estado	Código
***Teléfono particular**	***Recordatorios de citas - Método de contacto** (Elegir método de preferencia) ☐SMS ☐Celular ☐Email ☐Teléfono particular ☐No recibir recordatorios de citas			
***Teléfono celular**	***Dirección de email** ☐**No da email** ☐**No tiene email**			
***Fecha nacim.**	N.º del Seguro Social	***Sexo** ☐F ☐M	Estado civil ☐Soltero/a ☐Casado/a ☐Otro	
Información del empleador				
Empleador	Situación laboral ☐ Tiempo completo ☐Tiempo parcial ☐Ninguna ☐Jubilado/a ☐Estudiante			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono laboral	Ocupación			
Información de contacto de emergencia				
Nombre del contacto	Teléfono	Relación		
Información del médico				
Médico remitente	Teléfono	Fecha de receta		
Preguntas adicionales				
Fecha aparición síntomas/lesión	Poscirugía ☐Sí ☐No	Fecha de la cirugía	Parte del cuerpo diagnóstico	
Laboral ☐Sí ☐No	Posaccidente ☐Sí ☐No	Automovilística ☐Sí ☐No	Abogado involucrado ☐Sí ☐No	
Ajustador/Enfermero/ Trabajador social	Teléfono	Abogado	Teléfono	
¿Ha recibido terapia con anterioridad este año? (Física/Ocupacional/Del lenguaje/Quiropráctica) ☐Sí ☐No	¿Dónde escuchó hablar de nosotros?			
SOLO para beneficiarios de Medicare				
Si es beneficiario de Medicare, ¿recibe actualmente Servicios Médicos Domiciliarios? ☐ Sí ☐ No				
En caso afirmativo, ¿nombre de la agencia?	Si recibió el alta, ¿última fecha de servicios?			
¿Reside actualmente en un Centro de Enfermería Especializada? En caso afirmativo, ¿nombre del centro?				

Sección de seguro primario		**Sección de seguro secundario**	
***Plan de seguros**		***Plan de seguros**	
***N.º id. póliza:**		***N.º id. póliza:**	
***N.º grupo:**		***N.º grupo:**	
***Teléfono aseguradora:**		***Teléfono aseguradora:**	
¿Es titular de la póliza? ☐Sí ☐No En caso negativo, continuar		¿Es titular de la póliza? ☐Sí ☐No En caso negativo, continuar	
Nombre del titular	Fecha nacim.	Nombre del titular	Fecha nacim.
Relación paciente con titular de la póliza ☐Yo ☐Cónyuge ☐Hijo/a		Relación paciente con titular de la póliza ☐Yo ☐Cónyuge ☐Hijo/a	
Paciente: Escriba sus iniciales si la información de arriba es completa y correcta			Fecha

SOLO para uso del personal		
Intake Completed by	Date:	***Date Eval Scheduled**:
Registered by:	Date:	Account #:
Patient Service Specialist will initial next to each task below once completed		
Billing Disclosure added in TS Comments☐	Verified DL/Photo ID☐	Consent to receive calls and/or text messages, reviewed with patient. If patient agrees and signed consent, is text enabled box checked in TS? ☐