

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) <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> No recibir recordatorios de citas		
*Teléfono celular		*Dirección de email <input type="checkbox"/> No da email <input type="checkbox"/> No tiene email		
*Fecha nacim.	N.º del Seguro Social	*Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro
Información del empleador				
Empleador		Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la cirugía		Parte del cuerpo diagnóstico
Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Posaccidente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Automovilística <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Abogado involucrado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ajustador/Enfermero/ Trabajador social		Teléfono	Abogado	Teléfono
¿Ha recibido terapia con anterioridad este año? (Física/Ocupacional/Del lenguaje/Quiropráctica) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Dónde escuchó hablar de nosotros?	
SOLO para beneficiarios de Medicare				
Si es beneficiario de Medicare, ¿recibe actualmente Servicios Médicos Domiciliarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, continuar		¿Es titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, continuar		
Nombre del titular		Fecha nacim.	Nombre del titular Fecha nacim.	
Relación paciente con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a		Relación paciente con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	Verified DL/Photo ID <input type="checkbox"/>	Consent to receive calls and/or text messages, reviewed with patient. If patient agrees and signed consent, is text enabled box checked in TS? <input type="checkbox"/>		