

**Información del Paciente**  
(EN LETRA LEGIBLE POR FAVOR)

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del

Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo (genero): \_\_\_\_\_

- Hijo de Sangre                       Hijastro                       Hijo de crianza  
 Nieto                                       Sobrino                       Bajo tutela judicial  
 Dependiente Minusválido

Soltero(a)    Casado(a)    Viudo(a)    Separado(a)    Divorciado(a)

Número de Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_ Estudiante  Sí  No

Empleador del Paciente \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial

Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Medico Primario \_\_\_\_\_

Medico de Referencia \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_ Fecha de la Lesión \_\_\_\_\_

Nombre de Espos(a)/Guardián/Padre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO**

¿Quién es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Seguro Primario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Identificación/ # de Caso \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero Seguro Social \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Identificación/ # de Caso \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_

¿Esta o podría estar embarazada?  Sí  No

¿Usa tabaco?  Sí  No      ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Es alérgico a:

Cinta adhesiva                       Sí                       No

Alguna medicación                       Sí                       No

Si marcó SI, por favor listarlas: \_\_\_\_\_

Por favor listar procedimientos quirúrgicos: \_\_\_\_\_

Liste todos los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

**SU HISTORIAL MEDICO** Por favor indique si USTED tiene algún historial con lo siguiente:

Abuso de Alcohol	Trastorno Cardíaco	Neuritis o Neuralgia
Anafilaxia	Dolor Cardíaco o Angina	Osteoporosis
Anemia	Palpitaciones Cardíacas	Polio
Complicación Anestésica	Hepatitis A	Cáncer de Próstata
Ansiedad	Hepatitis B	Cáncer de Recto
Artritis	Hepatitis C	Convulsiones "Seizures"
Asma	Presión Arterial Alta	Alergia Severa
Problemas Inmunológicos	Colesterol Alto	Enfermedades de Transmisión Sexual
Defectos de Nacimiento	VIH (HIV)	Falta de Aliento
Problemas de la Vejiga	Urticaria "Hives"	Desgarro/Torcedura "Sprains"
Enfermedad de Sangrado "Bleeding Disease"	Dislocaciones de Articulación	Cáncer de la Piel
Coágulos de Sangre "Blood Clots/DVT"	Enfermedad Renal (riñones)	Uso de Esteroides
Transfusiones de Sangre	Laceraciones	Síndrome "Steven-Johnson"
Enfermedad Intestinal	Cáncer del Hígado	Derrame Cerebral
Cáncer de Mama	Enfermedad del Hígado	Intento de Suicidio
Huesos Rotos/Quebrados	Articulaciones Flojas "Loose Joints"	Hinchazón de las manos/pies/tobillos
"Bursitis, Sciatica o Lumbago"	Enfermedad Pulmonar/Respiratorias	Tuberculosis
Cáncer Cervical	Cáncer Pulmonar	Problemas de Tiroides
Dolor del Pecho "Chest Pain"	Presión Arterial Baja	Úlcera
Conmoción Cerebral/Lesión		
Cáncer de Colon	Síndrome de "Marfan"	Otra Enfermedad, Cáncer, o Enfermedad Grave
Depresión	Trastorno Mental	
Diabetes	Migrañas	
Ataque Cardíaco	"MRSA Infection or Colonization" (IERM)	Ninguna de las Anteriores

**HISTORIAL MEDICO FAMILIAR** Por favor indique si SU FAMILIA tiene algún historial con lo siguiente:  
(Incluya SOLAMENTE a sus padres, abuelos, hermanos, e hijos)

No Conoce el Historial Familiar		
Abuso de Alcohol	Cáncer de Mama	Migrañas
Anafilaxia	Cáncer de Colon	Osteoporosis
Anemia	Depresión	Cáncer de Recto

Complicación Anestésica	Diabetes	Convulsiones
Artritis	Trastorno Cardíaco	Alergia Severa
Asma	Presión Arterial Alta	Síndrome "Steven-Johnson"
Problemas de la Vejiga	Colesterol Alto	Derrame Cerebral
Enfermedad de Sangrado "Bleeding Disease"	Enfermedad Renal	Problemas de Tiroides
Coágulos de Sangre "Blood Clots/DVT"	Enfermedad Pulmonar/Respiratoria	Otro Cáncer

MEDICARE ONE TIME AUTHORIZATION

**Autorización para Medicare de Una Sola Vez**

Yo \_\_\_\_\_, solicito que los pagos de beneficios de Medicare autorizados para mí se hagan en mi nombre por cualquier servicio, terapia física o productos blandos, proporcionados a mí por North Platte Physical Therapy Services, Inc. (N.P.P.T) Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica que le comunique a Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados. Si "otro seguro médico" es indicado en el formulario HCFA-1500 artículo 9, o en algún lugar de otro formulario de reclamación aprobado, o en las reclamaciones sometidas electrónicamente, mi firma autoriza la comunicación de mi información a la agencia de seguros mostrada. En casos asignados a Medicare, N.P.P.T está de acuerdo con aceptar el cargo determinado por Medicare como cobertura total. El paciente es responsable solamente por el deducible, co-seguro, y cargos no cubiertos. Co-seguro y deducible son basados en los cargos determinados por Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Asignación y Comunicado**

Yo, firmante debajo, certifico que yo o mi esposo(a)/dependiente tengo (tenemos) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y asigno, directamente a N.P.P.T todos los beneficios del seguro, si alguno, que sean pagables a mí por los servicios que me han dado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos aunque no sean pagados por el seguro. Por la presente autorizo que N.P.P.T puede comunicar toda la información necesaria para obtener el pago de los beneficios. También autorizo a N.P.P.T a contactar al Comisionado de Seguro en mi nombre en caso de problemas con el seguro. Autorizo el uso de esta firma en todos los datos de seguro sometidos.

- He leído el texto anterior y estoy de acuerdo con las condiciones.
- Por la mediante reconozco recepción de una copia de este formulario si lo solicito.
- Por la mediante autorizo a N.P.P.T a ejecutar los tratamientos y procedimientos que el medico ha ordenado para el tratamiento.
- Entiendo que N.P.P.T mantendrá toda la información sobre mi condición confidencial.
- Por la mediante doy mi permiso para compartir información necesaria a mi Compañía de Seguro, Abogado, Medico, Medicare, Medicaid, o Compensación al Trabajado.
- He leído y recibido una copia del Aviso o Privacidad y Prácticas de North Platte Physical Therapy o un afiliado designado.
- Entiendo, ya que todas las compañías de seguro y beneficios son diferentes, que es mi responsabilidad chequear las especificaciones de mi plan de seguro para requerimientos de pre-certificación, co-pago, o información de deducible. Y si tengo necesidad de pre-certificación u otra asistencia de reclamación, se lo informare a North Platte Physical Therapy.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde (Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Standing Authorization for Release of Information to Specific Person(s)

Autorización Vigente y Permanente Para Comunicar Información a Persona(s) Específicas

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarle a usted o las personas listadas debajo por teléfono? \_\_\_\_\_

Que todas las personas asociadas con North Platte Physical Therapy sepan que a los siguientes individuos se les puede indicar que estoy en este local. Que también sepan que las siguientes personas pueden recibir información sobre mis citas, condición médica, records médicos, seguro, e información de facturación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Listar nombres adicionales detrás

Reconocimiento del Acuerdo:

Entiendo que cualquier información divulgada al recipiente por esta autorización, puede ser divulgada nuevamente por el recipiente en cual caso no estaría protegida bajo la HIPAA. Nuestra facilidad y todo el personal cubiertos bajo esta entidad están, por la mediante, libres de cualquier obligación legal o responsabilidad de la información divulgada a la medida indicada y autorizada en este formulario.

Expiración:

Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante una carta hecha a North Platte Physical Therapy en Gillette. Este formulario estará vigente hasta que sea revocado.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente (si no ha sido indicada anteriormente): \_\_\_\_\_

Orthotics Agreement

Re: Ortesis Personalizadas

Hoy usted será enyesado para una ortesis personalizada. La póliza de North Platte Physical Therapy es que usted firme este convenio antes de que enyesemos su pie. Las ortosis personalizadas usualmente tardan de 2-3 semanas en llegar antes de que estén listas para insertarlas en su zapato. Serán facturadas a su seguro médico, si es aplicable, a Compensación a Trabajadores de Wyoming (Wyoming Workers Compensation), o a usted en el día que sea recibida. Si usted no las recoge durante los primeros días, se las enviarán por correo y serán facturadas. Si cambia de opinión en el tiempo que toma enyesarlo a recibir la ortesis, se le cobrará de todas maneras. Al firmar este documento, yo entiendo que soy responsable por el costo total de la ortesis personalizada, independientemente de la circunstancia.

---

Firma

Fecha

**PERMISSION FOR TREATMENT OF A MINOR**

**PERMISO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR**

Yo \_\_\_\_\_ el padre, madre, o guardián de  
\_\_\_\_\_ (paciente menor de edad), le otorgo permiso a North Platte  
Physical Therapy para que provea tratamiento al niño(a) mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Falls Efficacy Scale

Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

On a scale from 1 to 10, with 1 being very confident and 10 being not confident at all, how confident are you that you do the following activities without falling?

Activity:	Score: 1 = very confident 10 = not confident at all
Take a bath or shower	
Reach into cabinets or closets	
Walk around the house	
Prepare meals not requiring carrying heavy or hot objects	
Get in and out of bed	
Answer the door or telephone	
Get in and out of a chair	
Getting dressed and undressed	
Personal grooming (i.e. washing your face)	
Getting on and off of the toilet	
<b>Total Score</b>	

A total score of greater than 70 indicates that the person has a fear of falling

