



R T O O 1 0
PHYSICAL THERAPY
REGISTRO DE PACIENTES
(PATIENT REGISTRATION)
Spanish

Si es Compensación al Trabajador (Work Comp), también necesitamos su seguro médico como póliza de seguro secundario. (No se cobrará al seguro médico **A MENOS** que Compensación al Trabajador (Work Comp) **NO** pague.

Apellido Legal	Primer Nombre Legal	Apodo	Inicial del segundo nombre
Doctor que ordena la terapia	Médico de Cabecera	¿Desea que las notas vayan a su médico de cabecera si éste no fue quien ordenó la terapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido de Soltera y/o Apellido con guión (¿Ha usado alguna vez otro nombre?)		Idioma (si es otro que no sea Inglés) Necesita Intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Alguna vez ha sido paciente en **alguna** instalación de Alegent Health? Sí No No está seguro

PERFIL DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Número de Seguro Social	Teléfono casa ()
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal+4	Otro Teléfono ()
Empleador (Patrón)	Raza (voluntario)		Etnia (voluntario)	
Dirección del Empleador (Patrón)	Ciudad	Estado	Zona Postal+4	Teléfono Empleador () Extensión
Estatus de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Auto-empleado <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> No aplicable		Posición como estudiante <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		Religión (voluntario)

FECHA REQUERIDA CUANDO COMENZÓ (FECHA EN QUE EL DOLOR COMENZÓ) O FECHA DE LA CITA CON EL DOCTOR

Fecha del comienzo de los síntomas ____/____/____	Hora ____ a.m. ____ p.m.	Estado donde ocurrió la lesión <input type="checkbox"/> Nebraska <input type="checkbox"/> Iowa <input type="checkbox"/> Otro _____	Tipo: AA = Accidente de Auto R = Responsabilidad T = Trabajo H = Hogar V = Víctima de Crimen O = Otro N = No es Accidente	Lugar: C = Casa T = Trabajo A = Alegent C = Calle E = Escuela O = Otro P = Propiedad Privada N = Negocio
--	--------------------------------	---	---	--

SI ES ACCIDENTE (AA/COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR "WORK COMP")

Agente/Abogado/Otro Interesado	Teléfono ()		
Información sobre Compensación al Trabajador (Work Comp) (Compañía)	Número de Reclamo		
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal+4
Comentarios			

CUESTIONARIO ACERCA DEL LÁTEX

1. ¿Tiene usted ALERGIA O SENSIBILIDAD AL LÁTEX ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
2. ¿Alguna vez a tenido inexplicablemente inflamación, comezón, dificultad para respirar o urticaria:			
A. Después de un procedimiento médico o procedimiento dental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
B. Después de manejar productos de hule, globos o guantes de hule?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
C. Después de comer frutas tropicales como kiwis, plátanos o castañas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé
1) Qué tipo de reacción sufrió? Explique _____			

INFORMACIÓN PRINCIPAL O SECUNDARIA DEL ASEGURADO (Persona portadora del seguro)

Relación con el Paciente	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social	Teléfono casa ()
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Otro teléfono ()	
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal+4	
Empleador (Patrón)	Teléfono del Empleador ()		Extensión	
Dirección del Empleador (Patrón)	Ciudad	Estado	Zona Postal+4	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Relación con el Paciente	Apellido	Primer Nombre	Teléfono casa ()	Otro teléfono ()
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal+4	Teléfono empleador () Extensión

CUESTIONARIO DE MEDICARE

¿El paciente/cónyuge está empleado y cubierto por un plan médico grupal proveído por el empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé		
¿En qué estado usted aplicó para Medicare?		
Antes de la Hospitalización	Antes de la Fecha de Admisión	Antes de la fecha de haber sido dado de alta