

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Middle Initial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___ Numero de telefono #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Email: _____ Doctor: _____

Contacto de emergencia: _____ Numero de telefono # _____ Relación _____

Como escucho de The Summit? _____

Por favor describa el problema y como sucedió? _____

Fecha de lesión _____ Cirugía para esta lesión? SI / NO Fecha de cirugía _____

Indicar el nivel de dolor con movimiento y descanso (Sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Inaguantable)

Los Síntomas empeoran con... _____ Mejoran con... _____

MEDICAL HISTORY:

- Presion sanguinea alta Angina de pecho infarto derrame cerebral Cancer: _____
- Diabetes Artritis Artritis Reumatoide Fibromialgia Inmunodeficiencia Embarazo Lesión en la cabeza convulsiones Caídas en los últimos 12 meses Marcapasos

CIRGUIAS: _____

MEDICAMENTOS: _____

Consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento para recibir atención para los servicios de terapia por The SUMMIT

Consentimiento para divulgar información médica: Autorizo a SUMMIT PT a divulgar cualquier información adquirida en relación con mi atención, incluidos, entre otros, el diagnóstico, los registros clínicos, a mi mismo, a mi(s) seguro(s), médico(s).

Consentimiento para obtener información médica: Autorizo a SUMMIT PT a obtener y adquirir cualquier información que sea beneficiosa en relación con mi atención, que puede incluir informes de imágenes, informes quirúrgicos y junto con notas del médico.

Asignación de beneficios de seguro: Autorizó que el pago se realice directamente a Summit Wellness Centers

Garantía de pago: Acepto pagar cualquier cargo que no pague mi seguro. Si no se presenta incurra en una tarifa de \$50.

HIPAA Acknowledgement: Reconozco que se me ha informado sobre las prácticas de privacidad

Si

Firma del cliente/parte responsable _____ Fecha: _____

Nombre: _____

PARA MINORIAS:

Parte responsable si no es el cliente: _____ Relación: _____

Dirección de la parte responsable (si es diferente a la anterior): _____

Fecha de nacimiento de la parte responsable: _____

Teléfono de la parte responsable: _____