Close physical therapy

Physical Therapy and Rehabilitation Centers

Gracias por escoger nuestra compania para servirle. Haremos lo mejor para proveerle con el mejor cuidado de salud. Para ayudarnos asistirle, por favor llene esta forma **COMPLETAMENTE.** Qualquier pregunta o si nesesita ayuda, por favor no se dentega en preguntar, estamos a su disposision.

INFORMACION DEL PACIENTE:

FECHA_____

NOMBRE_____
Apellido Primero Segundo

DIRECCION_____
Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO_____ MOBIL_____

DE SEGURO SOCIAL_____-_____-_____ FECHA DE NACIMIENTO_____-_____-_____

☐ VARON ☐ HEMBRA ☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A)

SU EMAIL POR FAVOR_____

EMPLEADOR_____OCUPACION_____

DIRECCION_____
Ciudad Estado Codigo Postal

EN CASO DE EMERGENCIA COMMUNICESE CON:

NOMBRE_____RELACION/PARENTESCO_____

TELEFONO_____ MOBIL_____

INFORMACION DE ACCIDENTE/CONDICION

DOCTOR REFERIENTE_____FECHA DE ACCIDENTE_____

TIPO DE ACCIDENTE: ☐ trabajo ☐ auto ☐ deporte ☐ otra manera

PARTE DEL CUERPO AFECTADO_____

¿Ha recibido tratamiento de terapia fisica o ciropractico para su presente problema? Si____No____

¿Cuando?_____¿Donde?_____¿Por Quien?_____

SERVING LAS VEGAS FOR OVER 40 YEARS

Corporate Address
3777 Pecos-McLeod, Ste 102
Las Vegas, NV 89121
(P) 702-731-6873 (F) 702-731-2565

www.closept.com

West Side Location
8084 W. Sahara Ave., Ste A
Las Vegas, NV 89117
(P) 702-834-7689 (F) 702-684-5674

Close physical therapy

Physical Therapy and Rehabilitation Centers

INFORMACION DE CONYUGE O GUARDIAN:

NOMBRE_____FECHA DE NACIMIENTO_____-_____-_____

RELACION_____# DE SEGURO SOCIAL_____-_____-_____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO :

NOMBRE DE SEGURO MEDICO_____

NOMBRE DEL SEGURADO(A)_____# de I.D./GRUPO/PLAN_____

DIRECCION_____
Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO_____

SEGURO MEDICO #2_____

NOMBRE DEL SEGURADO(A)_____# de I.D./GRUPO/PLAN_____

DIRECCION_____
Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO_____

COBRO AL SEGURO MEDICO

Jack D. Close & Associates Physical Therapy and Rehabilitacion Center, procesara su seguro medico, como cortesia a usted, basado en la informacion que usted nos provee. Encaso de que su seguro medico niegue el pago a los servicios dados a usted, los cobros seran su responsabilidad. Es su responsabilidad de estar informado de sus beneficios, encuanto a su seguro medico. Los pasientes con Medicare son responsables del 20% de lo que no cubre Medicare.

CANCELACIONES

Nosotros requerimos 24 horas de notificacion para canelar su cita. Hay un cobro de $25 si no se cancela su cita y si no llega a su cita. Es su responsabilidad de pagar los $25. x_____

AUTORIZACION DE LIBERACION DE RECORDS

Autorizo la liberacion de mi expediente a mi medico personal, otro medico appropriado, abogado, pagador, o seguro medico, de cualquier informacion incluyendo diagnosis y tratamiento hacia mi personalmente o a mi hijo(a) durante el periodo de cuidado. Reconosco que esto permitara a Jack D. Close & Associates cobrarle a mi seguro medico. Autorizo a mi seguro medico que pague directamente a Jack D. Close & Associates Physical Therapy. Entiendo que mi aseguranza podra pagar menos de lo que actualmente fue cobrado para mis servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable en pagar los services dados a mi personalmente o a mi dependiente.

FIRMA **X**_____FECHA: _____

Para su convenienca aceptamos los sigientes metodos de pago: pago al contado, cheque personal, y Visa/MasterCard. Gracias por su tiempo en llenar esta forma. La informacion con que usted nos proveo nos ayudara en asistirle con mas eficiencia.

SERVING LAS VEGAS FOR OVER 40 YEARS

Corporate Address
3777 Pecos-McLeod, Ste 102
Las Vegas, NV 89121
(P) 702-731-6873 (F) 702-731-2565

www.closept.com

West Side Location
8084 W. Sahara Ave., Ste A
Las Vegas, NV 89117
(P) 702-834-7689 (F) 702-684-5674

Close physical therapy

Physical Therapy and Rehabilitation Centers

NOMBRE DEL PACIENTE:_____

NUMERO DE IDENTIFICACION:_____

FECHA DE SERVICIO:_____

TIPO DE SERVICIO: **TERAPIA FISICA**

Antes de procesar sus cobros, necesitamos respuestas a las siguientes preguntas.

1. **CUANDO sucedio su enfermedad o lesion?**_____
2. **Su enfermedad es debido a un accidente de auto?: ( ) Si ( ) No**
   a. **Si su sespuesta es "si, " tiene un abogado?: ( ) Si ( ) No**
   b. **Nombre de abogado**_____
3. **DONDE sucedlo su enfermedad or lesion?**_____
4. **COMO sucedio su enfermedad o lesion?**_____
5. **Su enfermaedad o lesion fue culpa de otra persona? ( ) Si ( )No**
6. **Su enfermedad o lesion es relacionado a su trabajo? ( ) Si ( )No**
7. **Cuando se lesion, lo report a su empleador?** _____
8. **Ha recibido o espera recibir beneficios departe de Compenscion para Trabajadores? ( ) Si ( ) No**

Esta forma sera enviada a su seguro. Por favor comuniquese con su aseguranza si tiene alguna pregunta sobre esta forma.

FIRMA del PACIENTE/ CUSTODIO_____**FECHA**_____

TESTIGO_____**FECHA**_____

SERVING LAS VEGAS FOR OVER 40 YEARS

Corporate Address
3777 Pecos-McLeod, Ste 102
Las Vegas, NV 89121
(P) 702-731-6873 (F) 702-731-2565

www.closept.com

West Side Location
8084 W. Sahara Ave., Ste A
Las Vegas, NV 89117
(P) 702-834-7689 (F) 702-684-5674

PATIENT MEDICATION LIST

Patient Name:

Date:

Medication	Dosage	Times/day

NOMBRE: _____ FECHA: _____ Pt. Sticker

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL DOLOR (PDI):

Mide la discapacidad provocada por el dolor crónico

Marque con un círculo el nivel de discapacidad causado por el dolor físico en las siguientes actividades cotidianas

1. **RESPONSABILIDADES FAMILIARES**: se refiere a actividades relacionadas con el hogar y la familia

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

2. **ENTRETENIMIENTO/DIVERSIÓN**: incluye deportes, hobbies, u otras actividades similares

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

3. **VIDA SOCIAL**: participación con amigos o conocidos en fiestas, reunions/cenas, u otras funciones sociales similares

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

4. **OCUPACIÓN**: se refiere a actividades relacionadas directa o indirectamente con el trabajo incluyendo quehaceres domésticos y voluntarios

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

5. **ACTIVIDAD SEXUAL**: esta categoria se refiere a la frecuencia y calidad de vida sexual

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

6. **CUIDADOS PERSONALES**: se refiere a las actividades de la vida diaria y de higiene personal como manejar, bañarse, vestirse, etc.

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

7. **ACTIVIDADES VITALES**: se refiere a actividades básicas como la alimentación, el sueño, la respiración u otras funciones similares

0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Ninguna Discapacidad Moderada Discapacidad Severa

TOTAL SCORE: _____