

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 nesecita ayuda, por favor no se dentega en preguntar, estamos a su disposicion.

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 REFERENTE _____ FECHA DE ACCIDENTE _____

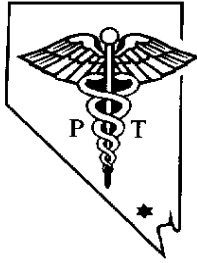
TIPO DE ACCIDENTE: trabajo auto deporte otra manera

PARTE DEL CUERPO AFECTADO _____

¿Ha recibido tratamiento de terapia fisica o ciropactico para su presente problema? Si ___ No ___

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

SERVING LAS VEGAS FOR OVER 40 YEARS



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 SEGURO(A) _____ # de I.D./GRUPO/PLAN _____

DIRECCION _____ Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO _____

SEGURO MEDICO #2 _____

NOMBRE DEL SEGURO(A) _____ # de I.D./GRUPO/PLAN _____

DIRECCION _____ Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO _____

COBRO AL SEGURO MEDICO

Jack D. Close & Associates Physical Therapy and Rehabilitation 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 apropiado, 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 conveniencia 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

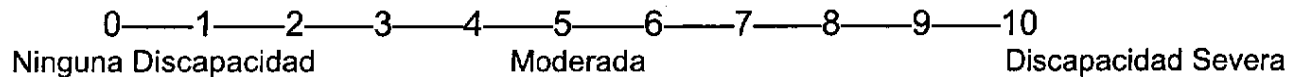
West Side Location
8084 W. Sahara Ave., Ste A
Las Vegas, NV 89117
(P) 702-834-7689 (F) 702-684-5674

NOMBRE: _____ FECHA: _____ Pt. Sticker

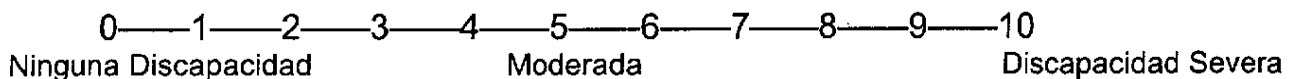
ÍNDICE DE DISCAPACIDAD RELACIONADA CON EL DOLOR (PDI): Mide la discapacidad provocada por el dolor crónico

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

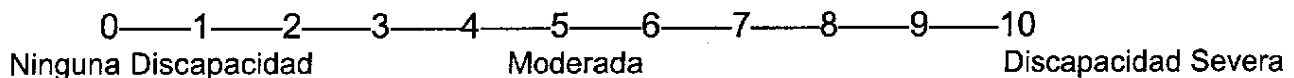
1. **RESPONSABILIDADES FAMILIARES:** se refiere a actividades relacionadas con el hogar y la familia



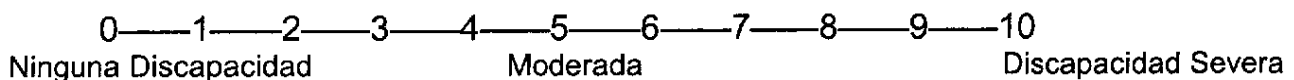
2. **ENTRETENIMIENTO/DIVERSIÓN:** incluye deportes, hobbies, u otras actividades similares



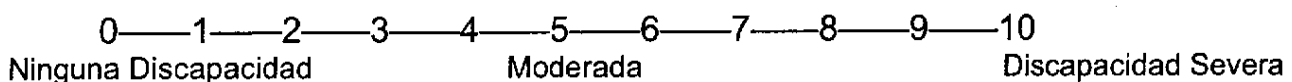
3. **VIDA SOCIAL:** participación con amigos o conocidos en fiestas, reuniones/cenas, u otras funciones sociales similares



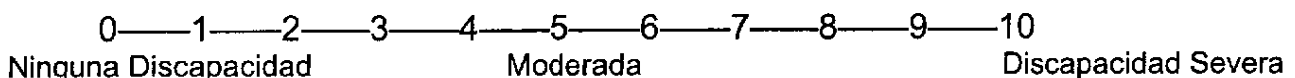
4. **OCUPACIÓN:** se refiere a actividades relacionadas directa o indirectamente con el trabajo incluyendo quehaceres domésticos y voluntarios



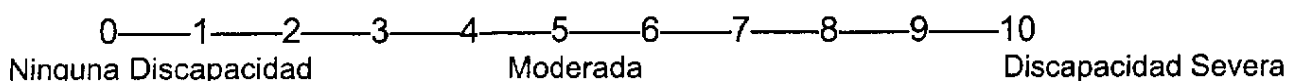
5. **ACTIVIDAD SEXUAL:** esta categoría se refiere a la frecuencia y calidad de vida sexual



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



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



TOTAL SCORE: _____