

Nombre De Paciente: _____			Fecha: ____/____/____	
Fecha De Nacimiento: ____/____/____	Edad: _____	Altura: _____	Peso: _____	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre

**Porfavor, cuentenos sobre su condicion:**

**Email:** \_\_\_\_\_

¿Cuándo notó por primera vez los síntomas? Tiene problemas funcionales debido a esta condición / lesión? (Fecha estimada) \_\_\_\_\_

¿Cuales actividades estan limitadas debido a esta condicion? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrieron sus lesiones / síntomas? \_\_\_\_\_

¿Qué esperas lograr con terapia física? \_\_\_\_\_

Sus sintomas son:  Constante?  Intermitente?  Mejorando?  Empeorando?  Permaneciendo igual?

Se ha caído este año?  Yes  No

¿Ha tenido algún otro tratamiento para su condición?

Cirugia: Cuando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Que tipo? \_\_\_\_\_

Inyeccion: Cuando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Que tipo? \_\_\_\_\_

Terapia fisica: Cuando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ayudo?  Si  No

Quiropractica? Cuando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ayudo?  Si  No

Medicamentos: \_\_\_\_\_  Ejercicios \_\_\_\_\_

MRI: \_\_\_\_\_  Rayos X \_\_\_\_\_

CT Scan: \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

**Informacion de trabajo:**

Quien es su empleador? \_\_\_\_\_ Titulo / Responsabilidades? \_\_\_\_\_

Estas trabajando?  Si  No Cuantas horas por semana? \_\_\_\_  Tiempo Completo  Tiempo Restringido

Cuántos días de trabajo ha perdido debido a su lesión / condición? \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud qe puedan afectar su tratamiento. Por favor ( v ) las que le aplican:			
<input type="checkbox"/>	Artritis (reumatoide / osteoarthritis)	<input type="checkbox"/>	Cancer
<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Problemas renales, de vejiga, prostate o de miccion
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Accidentes previos
<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar obstrictiva cronica (EPOC)	<input type="checkbox"/>	Discapacidad visual (tal como cataratas, glaucoma, degeneracion macular)
<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	Allergies
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiaca congestiva (o cardiopatía)	<input type="checkbox"/>	Incontinencia
<input type="checkbox"/>	Infarto al miocardio (ataque cardiac)	<input type="checkbox"/>	Ansiedad o Trastornos de panico
<input type="checkbox"/>	Alta presion	<input type="checkbox"/>	Depresion
<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurologica (Tal como Esclerosis multiple o Enfermedad de Parkinsons)	<input type="checkbox"/>	Discapacidad auditiva (le cuesta mucho oir, incluso con aparatos auditivos)
<input type="checkbox"/>	Derame cerebral o Accidente isquemico transitorio (TIA por sus siglas en ingles)	<input type="checkbox"/>	Hepatitis / SIDA
<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular periferica	<input type="checkbox"/>	Cirugia previa: _____
<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	Protesis / Implantes
<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	Dificultad para dormir
<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal (ulcera, hernia, reflujo acido, intestine, higado, vesicular biliar)	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda (dolor de cuello, dolor en la zona lumbar, enfermedad degenerative del disco, estenosis espinal)

**Cuestionario de evaluación del dolor**

1. El dolor es un sintoma del problema por cual esta buscando tratamiento?

- Si       No

2. Califique el nivel de dolor que has tenido en las ultimas 24 horas (circule uno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Durante el ultimo mes, como calificaria su dolor cuando fuera el mejor? (circule uno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Durante el ultimo mes, como calificaria su dolor cuando esta en su peor momento? (circule uno)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Que % de veces has experimentado dolor en las ultimas 24 horas? (circule uno)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6. Cuantos dias en la ultima semana has sentido dolor? \_\_\_\_\_ (0-7)

7. Cuantas semanas has tenido este patron de dolor? \_\_\_\_\_

8. Seleccione todas las actividades que aumentan su dolor. (Marque todas las casillas que se aplican)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flexion          | <input type="checkbox"/> Levantar                            |
| <input type="checkbox"/> Estar sentado/a  | <input type="checkbox"/> Jalar / Empujar                     |
| <input type="checkbox"/> Estar de pie     | <input type="checkbox"/> Apretar                             |
| <input type="checkbox"/> Estar acostado/a | <input type="checkbox"/> Levantar manos/peso sobre la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Dormir           | <input type="checkbox"/> Descansar                           |
| <input type="checkbox"/> Caminar          | <input type="checkbox"/> Otro                                |
| <input type="checkbox"/> Correr           | <input type="checkbox"/> Ninguno                             |

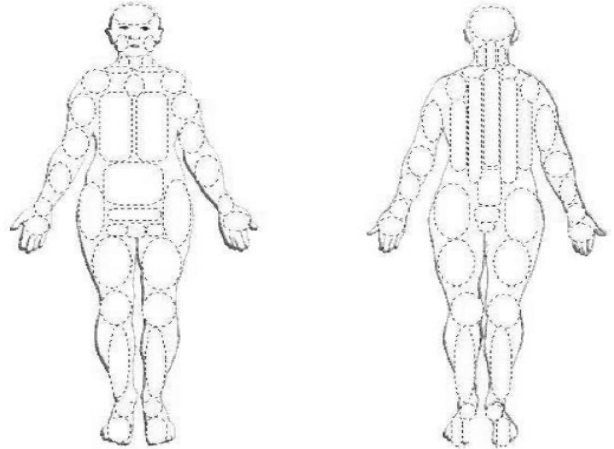
9. Seleccione todas las actividades que reducen su dolor. (Marque todas las casillas que se aplican))

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flexion          | <input type="checkbox"/> Levantar                            |
| <input type="checkbox"/> Estar sentado/a  | <input type="checkbox"/> Jalar / Empujar                     |
| <input type="checkbox"/> Estar de pie     | <input type="checkbox"/> Apretar                             |
| <input type="checkbox"/> Estar acostado/a | <input type="checkbox"/> Levantar manos/peso sobre la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Dormir           | <input type="checkbox"/> Descansar                           |
| <input type="checkbox"/> Caminar          | <input type="checkbox"/> Otro                                |
| <input type="checkbox"/> Correr           | <input type="checkbox"/> Ninguno                             |

10. El dolor te mantiene despierto/a por las noches?

- Siempre  
 A veces  
 Nunca

11. En el diagram del cuerpo, porfavor indique todas las areas donde tiene dolor.



12. Seleccione todas la cualidades que describan su dolor y circule la intensidad para cada una de las seleccionadas:

- |   |         |          |       |
|---|---------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Palpitante         | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Fulguramente       | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Punzante           | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Agudo              | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Tipo calambre      | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Estresante         | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Constante          | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Pesado             | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Sensible           | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mandibula | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Agotador           | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Asqueroso          | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Espantoso          | Intenso | Moderado | Suave |
| <input type="checkbox"/> Caliente           | Intenso | Moderado | Suave |



**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRANSMITIR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y LA INFORMACIÓN DE SALUD ELECTRÓNICA PROTEGIDA A TRAVÉS DE INTERNET DESPOTREGIDO**

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

Yo, \_\_\_\_\_, solicito expresamente, autorizo, ordeno, permito y concuerdo inequívocamente a **Cal Rehab and Sports Therapy Brea** transmitiendo mi Información de salud protegida ("PHI") y Información de salud electrónica ("ePHI") a través del Internet no seguro. Reconozco de forma expresa e inequívoca que **Cal Rehab and Sports Therapy Brea** no tiene la capacidad de responder a mis transmisiones de correo electrónico a través de conexiones de Internet cifradas o seguras. De manera expresa e inequívoca renuncio a cualquier reclamo o derecho con respecto a la transmisión de ePHI o PHI a través de Internet no segura. Entiendo completamente que terceros pueden intentar o acceder, usar y divulgar su PHI o ePHI transmitidos por **Cal Rehab and Sports Therapy Brea** de acuerdo con mi consulta por correo electrónico. Entiendo completamente los riesgos de transmitir correo electrónico no cifrado que contiene ePHI, estoy dispuesto a aceptar esos riesgos. A sabiendas, voluntaria e intencionalmente renuncio a todos los derechos, reclamos y daños relacionados con la negligencia, incumplimiento de confidencialidad u otra responsabilidad extracontractual y todas las demás demandas legales que pudieran alegarse contra **Cal Rehab and Sports Therapy Brea** o cualquiera de sus empleados, agentes, miembros o de otra manera el resultado de que una tercera persona acceda, use o divulgue de manera inapropiada mi PHI o ePHI como resultado de la transmisión a través de Internet no segura. Tengo la intención de estar legalmente obligado por este medio.

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente  
o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relacion a Paciente







**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Como parte de mi atención médica, **Cal Rehab and Sports Therapy Brea** crea y almacena información sobre mí. Esto incluye registros relacionados con mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes y planes para el cuidado futuro.

Entiendo que esta información sirve como base para mi cuidado continuo. Entiendo que esta información se utiliza como un medio de comunicación entre el personal y con el personal médico fuera de esta práctica. Entiendo que esta información sirve como fuente de información para aplicar mis diagnósticos y tratamiento a mi factura.

Entiendo que esta información es una manera para que las compañías de seguro de terceros aseguren que un servicio que facturamos fue realmente realizado.

Entiendo que esta información puede usarse como una herramienta para evaluar la calidad de la atención brindada a los pacientes. Se me brindó la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una revisión más completa de los usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede cambiar en cualquier momento y que una copia actual estará disponible para mi inspección durante el horario laboral normal de cada consultorio médico y en la oficina central de facturación.

Comprendo que para los casos de **Compensación para Trabajadores**, se divulgará el PHI / ePHI mínimo necesario a mi empleador, a la compañía de seguros de compensación de trabajadores, a un administrador externo, a la enfermera de rehabilitación o al administrador de enfermería, a menos que se limite de lo contrario a continuación.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo revelar mi información para llevar a cabo tratamientos, pagos u otras operaciones de atención médica, y que **Cal Rehab and Sports Therapy Brea** no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. El procedimiento para solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de la información figura en el Aviso de prácticas de privacidad. Complete lo siguiente que corresponda.

**NO AUTORIZO** la divulgación de mi información con las siguientes personas u organizaciones (ingrese los nombres a continuación e inicialice la casilla a la izquierda):

**AUTORIZO** el intercambio de mi información con las siguientes personas u organizaciones (ingrese los nombres a continuación e inicialice el cuadro a la izquierda):

Esposo/a / Hijos: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**Estas restricciones y / o autorizaciones para divulgar información permanecerán vigentes hasta que se rescinda por escrito.**

**Preferencia de comunicacion de citas:** Prefiero ser contactado/a de la siguiente manera:

Telefono de casa     Telefono de trabajo     Celular     Correo electronico

Proporcione direccion de correo electronico o numero de telefono: \_\_\_\_\_

**Confirmando que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que la versión completa está publicada en mi centro de tratamiento y disponible a pedido. Estoy de acuerdo con las limitaciones de responsabilidad explicadas en este documento.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion a Paciente



Imprima Nombre de Arriba

