

Formulario de información del paciente

Información demográfica del paciente			
*Apellido		*Primer nombre	
*Inicial 2.º nombre			
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal			
*Teléfono particular		*Recordatorios de citas - Método de contacto	
		<input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Email (Elegir método de preferencia) <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> No recibir recordatorios de citas	
*Teléfono celular		*Dirección de email	
		<input type="checkbox"/> No da email <input type="checkbox"/> No tiene email	
*Fecha nacim.	N.º del Seguro Social	*Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro
Información del empleador			
Empleador		Situación laboral	
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Estudiante	
Dirección		Ciudad	Estado
Teléfono laboral		Código postal	
Ocupación			
Información de contacto de emergencia			
Nombre del contacto		Teléfono	Relación
Información del médico			
Médico remitente		Teléfono	Fecha de receta
Preguntas adicionales			
Fecha aparición síntomas/lesión	Poscirugía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la cirugía	Parte del cuerpo/diagnóstico
Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Posaccidente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Automovilística <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Abogado involucrado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ajustador/Enfermero/Trabajador social		Teléfono	Abogado
Teléfono		Teléfono	
¿Ha recibido terapia con anterioridad este año? (Física/Ocupacional/Del lenguaje/Quiropráctica)		¿Dónde escuchó hablar de nosotros?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SOLO para beneficiarios de Medicare			
Si es beneficiario de Medicare, ¿recibe actualmente Servicios Médicos Domiciliarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, ¿nombre de la agencia?		Si recibió el alta, ¿última fecha de servicios?	
¿Reside actualmente en un Centro de Enfermería Especializada? En caso afirmativo, ¿nombre del centro?			
Sección de seguro primario		Sección de seguro secundario	
*Plan de seguros		*Plan de seguros	
*N.º id. póliza:		*N.º id. póliza:	
*N.º grupo:		*N.º grupo:	
*Teléfono aseguradora:		*Teléfono aseguradora:	
¿Es titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, continuar		¿Es titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, continuar	
Nombre del titular	Fecha nacim.	Nombre del titular	Fecha nacim.
Relación paciente con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a		Relación paciente con titular de la póliza <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a	
Paciente: Escriba sus iniciales si la información de arriba es completa y correcta			Fecha
***SOLO para uso del personal			
Admisión completada por		Fecha	*Fecha de evaluación programada
Registrada por		Fecha	Cuenta N.º:
El especialista en servicios al paciente pondrá sus iniciales junto a cada paso una vez que se lleven a cabo.			
Revelación de información sobre facturación agregada en comentarios <input type="checkbox"/>	*Verificación de ID con foto <input type="checkbox"/>	Consentimiento para recibir llamadas o mensajes, revisado con paciente. Si el paciente acepta y firma el consentimiento, ¿está marcado el cuadro de Recibe SMS? <input type="checkbox"/>	
	*Declaración de derechos del paciente provista <input type="checkbox"/>		