



13890 Palmdale Road,
Victorville, CA 92392
Phone: 760-955-8100
Fax: 866-526-5194

18522 US Highway 18,
Suite 105, Apple Valley,
CA 92307
Phone: 760-242-0500
Fax: 866-526-5194

www.sympt.net

Patient Information

Patient's First and Last Name <i>Nombre y Apellido del Paciente</i>		DOB <i>Fecha de Nacimiento</i>	Age <i>Edad</i>
Patient's SSN <i>Numero de Seguro del Paciente</i>	Drivers Lic. # <i>Numero de Licencia de conducir</i>	Marital Status <i>Estado civil</i>	Sex <i>Sexo</i>
Street Address <i>Direccion Fisica</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
Zip Code <i>Codigo Postal</i>	Daytime Phone <i>Telefono de dia</i>	Cellphone <i>Telefono Celular</i>	
Email Address <i>Direccion de correo electronico</i>			
Mailing Address <i>Direccion Postal</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
Employer <i>Empleador</i>		Address <i>Direccion</i>	
Occupation <i>Ocupacion</i>		Work Telephone <i>Telefono del Trabajo</i>	
Emergency Contact <i>Contacto de Emergencia</i>		Relationship <i>Relacion</i>	Phone <i>Telefono</i>
Name of Sponsor <i>El Nombre del Patrocinador</i>		Sponsor's SSN <i>Numero de Seguro del Patrocinador</i>	

- 1. CONSENT TO TREATMENT.** The undersigned consents to any medical treatment rendered to above named patient that may be considered advisable and necessary in the judgment of the Physical Therapist.
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO. El abajo firmante consiente a los servicios medicos prestados a el paciente antes mencionado que se puede considerer conveniente y necesario a juicio del Fisioterapeuta.
- 2. RELEASE OF INFORMATION.** The undersigned agrees that Symmetry Physical Therapy may release medical records and other information necessary to secure payment from employers, insurance companies, health care service plans or Workers Compensation carries.
DIVULGACION DE INFORMACION. EL abajo firmante esta de acuerdo en que Symmetry Physical Therapy puede dar a conocer los registros medicos y otra informacion necesaria para garantizar el pago de los empleadores, las empresas de seguro, las empresas de planes de servicio de atencion medica o Compensacion a los trabajadores.
- 3. PAYMENT TERMS AND ASSIGNMENT OF BENEFITS.** The undersigned authorizes payment to the above provider of benefits due me under any terms of any insurance policy or policies that may cover provider's professional services rendered to the above named patient. I understand that I am financially responsible to the provider for services not paid by said insurance policies. This responsibility includes services rendered but not authorized by the patient's health insurance plan or when the provider is not contracted provider with the health insurance.
CONDICIONES DE PAGO Y ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS. El abajo firmante autoriza el pago al proveedor por encima de las prestaciones por mi bajo los terminos de cualquier poliza de seguro o politicas, que pueden cubrir los servicios profesionales del proveedor prestados a el paciente antes mencionado. Entiendo que soy financieramente responsable ante el proveedor de servicios no pagados por dicha poliza de seguro. Esta responsabilidad incluye los servicios prestados pero no autorizados por el plan de seguro del paciente o cuando el proveedor no tiene contrato profesional con el plan de seguro de salud.
- 4. CHARGE FOR NO SHOW/CANCELLATION WITHOUT 24 HOUR NOTICE.** I understand that 24 hour notice is required for cancelling an appointment, and I will be charged a \$25 fee for any missed appointment without required notification. I also understand that I will be responsible for this charge and that my insurance company will not be billed for that day.
SI NO SE PRESENTA / CANCELACION SIN PREVIO AVISO DE 24 HORAS. Entiendo que se requiere un aviso de 24 horas para cancelar una cita, y se me cobrara \$25 por cualquier cita perdida y sin notificacion. Tambien entiendo que sere responsable de este cargo y que mi compañia de seguro no sera cobrado por ese dia.

Signature _____
Firma

Date _____
Fecha



PATIENT QUESTIONNAIRE

1. **Su lesión se trata de una lesión de trabajo?**
 - a. Si
 - b. No
 - c. Cual es tu ocupación? _____

2. **Si es lesión de trabajo, describa su condición actual?**
 - a. Trabajo complete
 - b. Trabajo Modificado
 - c. Fuera de trabajo
 - d. No estoy trabajando
 - e. Retirado
 - f. Ninguna me aplica
 - g. Otro _____

3. **Cual es la razon de su condicion? Por Favor circule todo lo que aplique.**
 - a. Caída o Asalto
 - b. Accidente de trafico
 - c. Movimiento repetitive del trabajo / tareas relacionadas con el trabajo
 - d. Movimiento repetitive de los deportes / lesiones deportivas
 - e. Lesion cronica / vieja lesion
 - f. Cambios artrificos / cambios degenerativos
 - g. Derrame cerebral / causada por una debilidad prolongada / por una lesion de medulla espinal.
 - h. Ninguna razon solo empezo a tener dolor
 - i. Otro, explique _____

4. **A tenido cirugias que pertenezcan a la lesion por lo que lo estamos viendo hoy?**
 - a. Si Fecha de Cirugia _____
 - b. No

5. **Que tipo de cirugia a tendio, que pertenesca a la lesion por lo que lo estamos viendo hoy?**

6. **Que cirugias a tenido en el pasado?**

	Circule
a. Reemplazo total de Rodilla	Derecha o Izquierda
b. Reemplazo total de Cadera	Derecha o Izquierda
c. Reemplazo total de Hombro	Derecha o Izquierda
d. Fusion o union del cuello con un disco metal	
e. Fusion o union del cuello sin metal	
f. Fusion o union de la espalda con metal	
g. Fusion o union de la esplada sin metal	
h. No he tenido ninguna cirugia	
i. Otra: cirugia _____	

7. **Cuanto tiempo a estado experimentado su condicion.**
 - a. Menos de un mes
 - b. Mas de 6 meses
 - c. Mas de un año
 - d. Mas de 5 años

8. **Tiene dolor?**

- a. Si b. No

9. **Donde esta su dolor?** _____

10. **Cual es el grado de dolor que esta experimentando?**

- a. 0 - 4 Leve
b. 5 - 7 Moderado
c. 8 - 10 Grave

11. **Cual es el tipo de dolor que experimenta? Por favor marque todo lo que aplique.**

- a. Palpitante
b. Agudo
c. Dolor que se extiende
d. Sensacion de quemarse
e. Entumecimiento, hormigueo, neuropatia
f. Duele cuando me muevo
g. Dolor constante / dolor intermitente / dolor que va y viene

12. **Como cree que enfrenta el dolor? Circule todo lo que aplique**

- a. Soy incapaz de funcionar
b. Estoy en cama todo el tiempo
c. Trato de mantenerme lo mas activo a pesar del dolor
d. Soy util con dolor pero sufro por las noches y las mañanas
e. La medicacion me ayuda en el dia a dia

13. **Que le es dificil hacer con su condiciono. Circule todo lo que aplique**

- a. Vestirse, bañarse, preparar alimentos
b. Conducir
c. Caminar
d. No puedo trabajar a pleno rendimiento
e. No puedo encontrar trabajo
f. Ninguna dificultad adicional

14. **Se presenta con debilidad o Paralisis en alguna parte de su cuerpo?**

- a. Si Cual Parte de su cuerpo? Derecha or Izquierda
b. No

15. **Ha perdido su equilibrio y sufrio una caida en los ultimos 3 meses?**

- a. Si
b. No

16. **Se fatiga con facilidad?**

- a. Si
b. No

17. **Se siente mareado al ponerse de pie por primera vez?**

- a. Si b. No

18. **Toma medicamentos para el dolor?**

- a. Si b. No

19. **Le ayuda el medicamento con su dolor?**

- a. Si b. No

20. **Tiene alguna de las siguientes condiciones? Circule todo lo que aplique**

- a. Diabetes
- b. Alta presión
- c. Problemas del Corazón
- d. Tiene marcapasos
- e. Caídas constantes en casa
- f. Coágulos de sangre
- g. Reumatoides / Osteoartritis
- h. Dolor de cabeza crónicos
- i. Hernias
- j. Embarazo actual. Cuantos meses? 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9. Circule
- k. Cáncer
- l. Alergias
- m. Ninguno aplica

21. **A tenido terapia física por esta condición en otro lugar?**

- a. Sí, Cuantas visitas _____
- b. No, Es la primera vez

22. **Como describe su nivel de actividad?**

- a. Sedentaria
- b. Actividad Leve
- c. Actividad moderada / yo sigo trabajando
- d. Corro maratones

23. **Tiene alergias en la piel?**

- a. Latex
- b. Vinil
- c. Adhesivos de curitas

24. **Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de asistencia?**

- a. Bastón
- b. Andador
- c. Otro estilo de andador
- d. Ayuda de una persona
- e. La mayor parte del tiempo en silla de ruedas

25. **Cual es su objetivo con la terapia?**

- a. Disminuir mi dolor
- b. Incrementar mi fuerza
- c. Incrementar mi rango de movimiento
- d. Aumentar mi condición general
- e. Mejorar mi caminar
- f. Mejorar mi postura
- g. Mejorar mi balance

26. **Tiene reportes de Rayos X or MRI?**

- a. Sí
- b. No

Nombre _____

Fecha _____

Firma _____

Fecha de nacimiento _____

Correo Electronico _____

Edad _____



13890 Palmdale Road • Victorville, CA 92392
Phone: 760-955-8100
Fax: 1-866-526-5194
www.sympt.net

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: Acknowledgement of Receipt

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of Symmetry Physical Therapy. Our *Notice of Privacy Practices* provides information about how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to read it in full.

Our *Notice of Privacy Practices* is subject to change. If we change our Notice, you may obtain a copy of the revised Notice by contacting our facility.

I acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of Symmetry Physical Therapy, Inc.

Signature: _____

Date: _____

Print Name: _____