



**PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE (Please Print - Letra en Molde)**

Name / Nombre	D.O.B. / Fecha de nac.	SS# / No. Seguro Social	Age / Edad

Address / Dirección	City, State / Ciudad, Estado	Zip Code / Código Postal

Phone # / No. de Telefono	Cell Phone / Tele. Celular	ID/ License # / No. de licencia o identificación

Employer / Compañía de Trabajo	Occupation / Ocupación	Phone # / No. de teléfono

Address / Dirección	City, State / Ciudad, Estado	Zip Code / Código Postal

**RELATIVE OR FRIEND NOT LIVING WITH YOU / FAMILIAR O AMIGO (A) QUE NO VIVA CON USTED**

Name / Nombre	Address / Dirección	Phone # / No. de teléfono

**INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE ASEGURANZA**

Primary Ins. Carrier / Aseguranza	Primaria ID # / No. de identificación	Group # / No. de Grupo

W/C Carrier / Compensación de Trabajo	Claim # / # de Caso	Adjustor / Ajustador

Phone # / No. de teléfono	Date of Injury / Fecha de Accidente	Insured's Name / Nombre del Asegurado

S.S. # of Insured / Asegurados No. de seguro	Insured's D.O.B. / Asegurados fecha de nacimiento

Secondary Ins. / Aseguranza Secundaria	ID # / No. de identificación	Group # / No. de Grupo

Phone # / No. de teléfono	Insured's Name / Nombre del Asegurado

S.S. # of Insured / Asegurados No. de seguro	Insured's D.O.B. / Asegurados fecha de nacimiento

**REFERRING DOCTOR / DOCTOR**

Name / Nombre	Upin #	Phone # / No. de Teléfono	Fax # / No. de Fax

Address / Dirección	City, State / Ciudad, Estado	Zip Code / Código Postal

**ATTORNEY / ABOGADO - AUTO ACCIDENT / ACCIDENTE DE VEHÍCULO**

Attorney or Auto Ins Name / Abogado ó Aseguranza de Auto	Phone # / No. de teléfono	Case # / No. de Caso

Address / Dirección	City, State / Ciudad, Estado	Zip Code / Código Postal

**OFFICE USE ONLY**

DATE OF EVALUATION:	OFFICE LOCATION:	PHYSICAL THERAPIST:

ACCOUNT # :	ICD 10:

All Professional services rendered are charged to the patient. The patient is responsible for all fees, regardless of insurance coverage. It is customary to pay for services when rendered unless other arrangements have been made in advance.

**INSURANCE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT**

I hereby authorize Imperial Physical Therapy to furnish to insurance companies or representatives information concerning my or my dependents illness and treatment and I hereby assign Imperial Physical Therapy all payments of medical services to myself or my dependents. I understand that I am responsible for any amount not covered by my insurance. I UNDERSTAND THAT AN ADDITIONAL 35% WILL BE ADDED TO MY BALANCE IF REFERRED TO AN OUTSIDE COLLECTION AGENCY.

Todos lo servicios recibidos en este local serán cobrados al paciente. El paciente es responsable por todos los servicios aun con la cobertura de aseguranza. Es cortesía pagar por los servicios recibidos ó hacer arreglos con anticipo.

**AUTORIZACIÓN DE ASEGURANZA Y ASIGNACIÓN**

Yo doy autorización a Imperial Physical Therapy para dar información de mi ó mi dependiente sobre tratamientos y enfermedades a compañías de aseguranza y a sus representantes. Yo asigno a Imperial Physical Therapy para cobrar los servicios recibidos por míó mi dependiente. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea cubierta por mi aseguranza.

YO COMPRENDO QUE HABRÁ UN CARGO ADICIONAL DE 35% A MI BALANCE AL SER MANDADA A UNA AGENCIA DE COLECCIÓN

Initials / Iniciales

---

**PATIENT INFORATION CONSENT FORM**

I have read and received a copy of Imperial Physical Therapy's (IPT) Notice of Privacy Policies. I understand that IPT may use or disclose my personal health information for the purposes of carrying out treatment, obtaining payment, evaluating the quality of services provided and any administrative operations related to treatment or payment. I understand that I have the right to restrict how my personal information is used and disclosed for treatment, payment, and administrative operations if I notify the practice. I also understand that IPT's Physical Therapist will consider requests for restriction on case by case basis, but does not have to agree to request for restrictions. I hereby consent to the use and disclosure of my personal health information for the purposes as noted in IPT'S Notice of Privacy Policies. I understand that I retain the right to revoke this consent by notifying the practice in writing at any time.

**FORMA DE CONSENTIR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

He leído y recibido un copia del Aviso Acerca de Politicas de Privacidad de Imperial Physical Therapy (IPT). Entiendo que IPT puede usar o revelar mi información de salud personal para propósitos como llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios provistos y alguna operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y revelación de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas si requiero de intervención. También entiendo que IPT, considerara solicites de restricción caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricción. Por este medio acepto el uso y revelación de la información de mi salud personal para los propósitos citados el Aviso Acerca de Politicas de Privacidad de IPT. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificadlo por escrito en cualquier momento.

Initials / Iniciales

---

**DESIGNATED INDIVIDUALS AUTHORIZATION FORM / FORMA DE AUTORIZACIÓN DE INDIVIDUOS DESIGNADOS**

I hereby authorize on or all of the designated parties below to request an receive the release of any protected health information regarding my treatment, payment or administrative operations related to treatment and payment. I understand that the identity of designated parties must be verified before the release of any information. Por este medio autorizo a una o todas las personas designadas en la lista de abajo para solicitar y recibir la revelación dealguna información de salud al respecto de mi tratamiento, pago o operaciones administrativas relacionadas con tratamiento y pago.

Entiendo que la identidad de las personas designadas debe ser verificadas antes de la revelación de alguna información.

Authorized Designees / Designados Autorizados:

Name / Nombre	<input type="text"/>	Relationship / Parentesco	<input type="text"/>
Name / Nombre	<input type="text"/>	Relationship / Parentesco	<input type="text"/>
Name / Nombre	<input type="text"/>	Relationship / Parentesco	<input type="text"/>

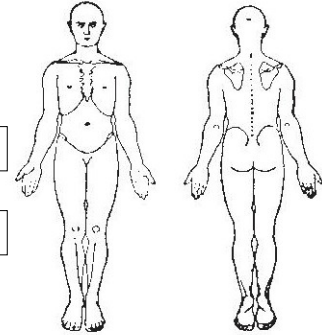
Date / Fecha

Patient Signature / Firma del Paciente

1- Date of injury or when it was first noticed / Fecha de accidente o primera vez que noto su lastimadura

2- What caused your injury and describe problem / Que causo y describa su lastimadura

3- Please shade in the area injured / Marque el area lastimada



4- What activities makes the injury worse / Que actividades empeoran su lastimadu

5- What eases or improves your injury / Que alivia o mejora su lastimadura

6- Is your injury getting: Worse Better Staying the Same  
Su lastimadura esta: Empeorando Mejorando Sigue Igual

7- Does the injury disturb your sleep / Se levanta durante la noche por su lastimadura No Yes / Si  
If so, how often do you awake at night / Que tan frecuente se levanta durante la noche

8- Do you feel any tingling / Siente hormigueo No Yes / Si

Where / Donde

9- Do you feel numbness / Siente adormecido No Yes / Si

Where / Donde

10- What activities are you not able to do because of the injury / Que cosas no puede hacer por causa de su lastimadura

11- Are you currently working / Esta trabajando No Yes / Si

If not, since when / Si respondió no, desde cuando

12- Is the injury work related / Su problema esta relacionado con el trabajo No Yes / Si

13- What are your expectations from physical therapy / Que espera lograr con terapia física?

14- What time are you available for physical therapy / A que horarios esta disponible para terapia física

15- Do you have any of the following / Tiene algunas de las siguientes enfermedades

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / Alta Presión                           | <input type="checkbox"/> Hernia                                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Head Aches / Dolores de Cabeza        |
| <input type="checkbox"/> Seizures / Ataques Epilépticos                               | <input type="checkbox"/> Nervous Disorders / Ataques Nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems Pace Maker / Problemas del Corazón Marca Paso |  |
| <input type="checkbox"/> Pregnant / Embarazada  |  |

16- List all surgeries, and medications currently taking / Anote todas las cirugías y los medicamentos que esta tomando

## APPOINTMENT POLICY

We look forward to providing you with excellent service. To ensure the best therapy outcome possible, we need your cooperation and compliance with scheduled appointments. You will find a summary of our policy below.

**A. Cancellations:** Please call at least 24 hours in advance; if notice is not given a \$25.00 fee will apply. Two cancellations, without 24-hour notice within a 5-day period will result in suspension of treatment.

**B. "No Shows":** This is defined as a failure to attend a scheduled appointment or failure to cancel an appointment 24 hours in advance. A \$25.00 fee will apply. Two "No Shows" within a 5-day period will result in suspension of treatment.

**C. Late:** If you are late more than 15 minutes to your scheduled appointment we reserve the right to deny treatment. Appointment will be counted as a "no Show" and \$25 fee will apply.

**D. Private Lien Patients Only:** Each "No Show" and/or cancellation without 24-hour notice will result in a fee of \$65, which patient will be responsible for and must be paid prior to receiving services.

**E. Workers Compensation Patients:** If you are receiving therapy under workers Compensation Insurance, the adjuster and/or case manager will be notified if you fail to attend any scheduled appointments. In addition, any "No Shows" and or cancellations without a 24-hour notice, will result in a fee of \$25 which patient will be responsible for.

**F. Suspension of treatment:** If treatment is suspended due to noncompliance with scheduled appointments, a new prescription must be obtained from your physician before any additional appointment can be scheduled. In addition, only one appointment may be scheduled at a time until compliance with scheduled appointment is achieved.

***A fee of \$25.00 dollars for each "No Show"/cancelled appointment without 24-hour notice will apply and must be paid prior to services rendered.***

I  have received a copy of this policy and I understand its content.  
(Patient/Legal Guardian Name)

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Legal Guardian

Date

## POLIZA DE CITAS

Nos comprometemos a proporcionarle un excelente servicio. Para asegurarnos que el resultado sea lo mejor posible, necesitamos su cooperación y puntualidad a sus citas previamente establecidas. A continuación encontrara un resumen de nuestra póliza de citas.

**A. Cancelaciones:** Favor de llamar por lo menos 24 horas antes de su cita para cancelar. Dos cancelaciones dentro de un periodo de 5 días sin dar previo aviso resultaran en la suspensión de tratamiento. Y un costo de \$25.00 aplicara.

**B. "No Shows":** Esto es definido como una falta sin previo aviso a su cita previamente establecida sin un aviso de por lo menos 24-horas. Dos "No Shows" en un periodo de 5-días resultara en la suspensión de tratamiento. Y un costo de \$25.00 aplicara.

**C. Tarde:** Si usted llega mas de 15 minutos tarde a su cita, nos reservamos el derecho de negarle tratamiento y su cita será considerada como una falta "No Show". Y un costo de \$25.00 aplicara.

**D. Pacientes Privados con Abogado:** Por cada falta sin aviso "No Show" o cancelación sin dar un aviso de 24-horas resultara en un cobro de una visita regular \$65.00 la cual será responsabilidad del paciente.

**E. Pacientes de Compensación del Trabajadores:** Si usted esta recibiendo tratamiento bajo la aseguranza de compensación del trabajador, el ajustador/director del caso y su doctor serán notificados al faltar a su cita sin cancelación previa o no asistir sin razón alguna. Después de dos cancelaciones o faltas sin previo aviso en un periodo de 5 días se suspenderá el tratamiento y un costo de \$25.00 aplicara y será responsabilidad del paciente por cada visita no asistida.

**F. Suspensión de Tratamiento:** Cuando el tratamiento es suspendido por razones de falta de cooperación con las citas previamente establecidas, una nueva receta tendrá que ser obtenida por su medico. Después solamente una cita a la vez será establecida hasta que los reglamentos de nuestra póliza de citas sea lograda.

***Un costo de \$25.00 dolares por cada visita sin cancelación previa o "No Show" será cobrado y esa la responsabilidad del paciente.***

Yo  he recibido una copia de esta póliza y he entendido su contenido.  
(Paciente / Guardián Legal)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Guardián Legal

Fecha