



**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 / Aseguradora	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. / Aseguradora 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 Aseguradora 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 mí o 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 INFORMATION 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"/>

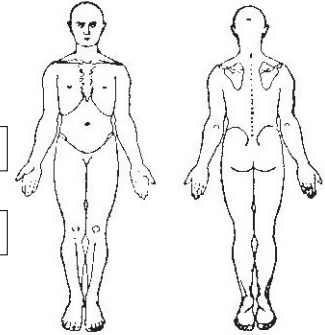
Date / Fecha

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

## IMPERIAL PHYSICAL THERAPY APPOINTMENT CANCELLATION/NO SHOW POLICY

Thank you for trusting your physical therapy care to Imperial Physical Therapy. When you schedule an appointment with Imperial Physical Therapy we set aside enough time to provide you with the highest quality care. Should you need to cancel or rescheduled an appointment please contact our office as soon as possible, and no later than 24 hours prior to your scheduled appointment. This gives us time to schedule other patients who may be waiting for an appointment. Please see our Appointment Cancellation/No Show Policy below:

**Any new patient who fails to show for their initial visit will be required to come in person to reschedule.**

- Effective September 1, 2018 any established patient who fails to show or cancels/reschedules an appointment and has not contacted our office with at least 24 hours notice will be considered a No Show and charged a \$25.00 fee
- Any established patient who fails to show or cancel/reschedule an appointment with no 24 hour notice a second time will be charged a \$50.00 fee.
- If a third No Show or cancellation/reschedule with no 24 hour notice should occur the patient may be dismissed from Imperial Physical Therapy.
- The fee is charged to the patient, not the insurance company, and is due at the time of the patient's next office visit.
- As a courtesy, when time allows, we make reminder calls for appointments. If you do not receive a reminder call or message, the above Policy will remain in effect.

We understand there may be times when an unforeseen emergency occurs and you may not be able to keep your scheduled appointment. If you should experience extenuating circumstances please contact our Office Manager, who may be able to waive the No Show fee. You may contact Imperial Physical Therapy 24 hours a day, 7 days a week at the numbers below. Should it be after regular business hours Monday through Thursday, or a weekend, you may leave a message. Messages left at either location are acceptable.

Imperial Physical Therapy, El Centro (760) 353-3422

Imperial Physical Therapy, Calexico (760) 768-4100

I have read and understand the Imperial Physical Therapy Appointment Cancellation/No Show Policy and agree to its terms.

\_\_\_\_\_  
Signature (Parent/Legal Guardian)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date

## **Póliza de cancelación y o no asistencia de Imperial Physical Therapy**

- Gracias por confiar en nosotros para su cuidado de terapia física en Imperial Physical Therapy. Cuando usted hace una cita en Imperial Physical Therapy, reservamos el tiempo suficiente para brindarle la atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese a nuestra oficina tan pronto como sea posible, y al menos 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar otros pacientes que pueden estar esperando una cita. Consulte nuestra póliza de cancelación y o no asistencia de cita a continuación:

**Cualquier nuevo paciente que no se presente a su consulta inicial tendrá que venir en persona a la oficina, a reprogramar su cita.**

- A partir del 1 de septiembre de 2018, cualquier paciente establecido que no se presente o cancele o re programe una cita, y que no se haya comunicado con nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación será considerado como una falta y se le cobrará una cuota de \$25.00.
- Cualquier paciente establecido que no hable para cancelar o reprograma una cita sin previo aviso con 24 horas de anticipación y sea la segunda vez se le cobrará una cuota de \$50.00.
- Si se produce una tercera "falta" o cancelación sin dar previo aviso de 24 horas, se le cancelaran las citas en Imperial Physical Therapy.
- La cuota se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y se debe en el momento de la próxima visita del paciente.
- Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, hacemos recordatorios de citas. Si no recibe una llamada o un mensaje de recordatorio, la Póliza anterior permanecerá en efecto, ya que en la primera sesión se le hará entrega de su horario.

Entendemos que puede haber ocasiones en que se produce una emergencia imprevista y es posible que no pueda cumplir con su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con el Gerente de la Oficina, quien puede hacer excepciones a la póliza de no asistencia. Puede ponerse en contacto con Imperial Physical Therapy las 24 horas del día, los 7 días de la semana en los números a continuación. Si es después de un horario de oficina o fin de semana, puede dejar un mensaje. Los mensajes que se dejan en cualquier ubicación son aceptables.

Imperial Physical Therapy, El Centro (760) 353-3422

Imperial Physical Therapy, Calexico (760) 768-4100

He leído y comprendo la Póliza de cancelación de cita y de no asistencia, y acepto sus términos. Al firmar este documento declaro que acepto sus términos y condiciones.

\_\_\_\_\_  
Firma (padre/Tutor Legal)

\_\_\_\_\_  
Relación Al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha