

Kessler Rehabilitation Center		Para uso del consultorio solamente			
Paciente antiguo: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N° de cuenta del paciente: _____ N° de R M: _____	Fecha de evaluación:		Fecha de la receta médica:	
Nombre de la clínica: _____					
Diagnóstico 1 (Desc/ICD9):	Diagnóstico 2 (Desc/ICD9):	Fecha de inicio:	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Otro		
Información del paciente					
Nombre del paciente: (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido; Padre, Hijo, etc.)				N.º de Seguro Social: _____	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fecha de nacimiento: (dd-mm-aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconocido		
Dirección de correo electrónico:					
Raza/Origen étnico: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Declinó <input type="checkbox"/> No disponible					
Fecha de la lesión/ Fecha de inicio:	Relacionado con un automóvil: <input type="checkbox"/> Sí, ¿estado? _____ <input type="checkbox"/> No	Relacionado con el trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y número de teléfono del ajustador:		
Si está bajo la Compensación para los trabajadores, ¿fue el accidente con el empleador actual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "No," ¿quién era el empleador? _____ Ocupación: _____			Si fue un accidente en automóvil: Fecha del accidente: ____ / ____ / ____ Tipo de accidente: Conductor / Pasajero / Peatón / Empleo / Caída / Otro		
¿Tiene usted Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Está usted actualmente recibiendo Servicios de atención en el hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "Sí," ¿cuál es el nombre de la agencia y qué tiempo de Servicios de atención en el hogar recibe? _____ Si respondió "No," ¿recibió los servicios durante los últimos 60 días? _____ Si respondió "sí," nombre de la agencia y fecha del último servicio _____ Con anterioridad, ¿fue usted tratado alguna vez con fisioterapia como paciente ambulatorio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Está usted residiendo actualmente en un Centro de enfermería especializada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió "Sí," ¿cuál es el nombre del centro? _____ Si respondió "Sí," ¿está usted en la "Unidad de Medicare?" <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
Información del seguro primario					
Nombre de la Compañía de seguros:		N° de póliza o reclamo:		N° de grupo/Empleador de los titulares de la póliza:	
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento:		N° de Seguro Social:	
N° de teléfono de la Compañía de seguros:		N° de teléfono de los titulares de la póliza:		Relación del paciente con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro	
Información del seguro secundario (Respaldo si es de automóvil, Compensación para los trabajadores o litigio)					
Nombre de la Compañía de seguros o del abogado:		N.º de póliza o reclamo:		N.º de grupo/Empleador de los titulares de la póliza:	
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento:		N° de Seguro Social:	
N° de teléfono de la Compañía de seguros o del abogado:		N° de teléfono de los titulares de la póliza:		Relación del paciente con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro	
Información del empleador					
Nombre del empleador:		N° de teléfono del empleador:		Estado del empleo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Información del contacto de emergencia					
Nombre del contacto:		N° de teléfono:		Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otro	
Información del médico					
Nombre del médico de referencia:				N° de teléfono:	
Dirección (Solo se requiere si es un nuevo médico de referencia):		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Yo, _____, autorizo a Kessler Rehabilitation para que me trate según la receta médica de mi médico y para divulgar a mi Compañía de seguros/abogado/empleador cualquier información sobre la atención médica, asesoría, tratamiento o suministros que se me proporcionen. Esta información se utilizará con el fin de evaluar los reclamos para beneficios.					
Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____					