

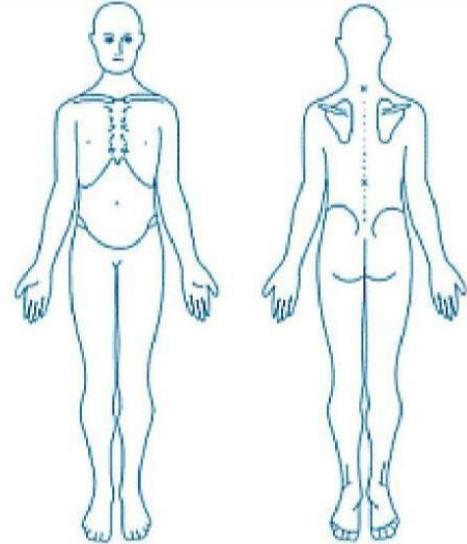
姓名: _____ 职业或以前的职业: _____

身高: ___ 尺 ___ 吋 体重: _____ 磅 年龄: _____

伤害部位

使用右侧的绘图

- 用阴影划出所有出现症状 (疼痛、僵硬、酸痛等) 的部位。
- 用小 x 标记最痛的地方。
- 圈出任何麻木或刺痛的区域



1. 你的伤害是什么时候发生的? ___ / ___ / ___
2. 如果是手术后, 你的手术是什么时候? ___ / ___ / ___
3. 疼痛程度: (0 到 10)
 - * 现在疼痛等级 ___ / 10
 - * 最高疼痛等级 ___ / 10
 - * 最低疼痛等级 ___ / 10

医疗问题 - (圈出 是/否):

1. 是/否 你有安装心脏起搏器 (心律调节器) 吗?
2. 是/否 你最近是否有显著的体重减轻吗?
3. 是/否 你有过癌症吗?
4. 是/否 你有多次可体松或强体松等类固醇注射吗?
5. 是/否 你服用任何抗发炎药吗?
6. 是/否 你是否正在服用任何肌肉松弛剂来解决这个问题?
7. 是/否 你为这个问题服用任何止痛药吗?
8. 是/否 你目前正在服用任何其他药物吗?
 - a. 请在右表中列出
9. 是/否 你的排尿有困难吗?
 - a. 如果有, 请解释 (请用英文)

药名	剂量	用量(每周/日)

10. 对于现在特定的问题, 你是否有下列任何一种 (圈出 是/否) :
 - 是/否 CT Scan 断层扫描
 - 是/否 MRI 磁共振造影
 - 是/否 X 光照射

您认为下列情况, 可能会以任何方式影响你的治疗吗? (请圈出): 心脏状况, 肺部状况, 骨质疏松症, 关节置换, 平衡不足, 视力障碍, 既往手术, 皮肤敏感, 过敏, 头晕, 昏厥。请解释: (请用英文)

我确认, 就我所知, 我所写的上述资料是真实准确的。任何状况的变化我将告知我的治疗师。

就医者签名 _____ 日期: _____

Office Use:	F x D: _____ x _____ Pre-auth: Y / N	Max visits: _____ Keet: Y / N
-------------	---	----------------------------------



患者资料

姓 _____ 名 _____ 中间名字 _____

性别 男/女 出生 ____月/____日/____年 社安号码 ____ - ____ - ____ 婚姻状况 _____

电话 (手机) _____ 电话 (家中) _____

电子邮箱地址 _____

住址 _____ 城市: _____ 州 _____ 邮递区号 _____

雇主 _____ 地址 _____

职业 _____ 工作电话 _____ 分机 _____

谁是你的家庭主治医师? _____

紧急联络

姓 _____ 名 _____ 关系 _____

电话 (手机) _____ 电话 (家中) _____

預約提醒

选择下列的一个选项并签上姓名的第一个字母

电子邮件提醒 _____

手机信息提醒 (选择手机电话厂商) _____

ALLTel
 AT&T

Boost
 Cingular

Cricket
 Metrocall

MetroPCS
 Nextel

Qwest
 Sprint

T-Mobile
 US Cellular

Verizon
 Virgin
Mobile

不需提醒 _____

电子邮件/手机号码 (如果与上述不同): _____

*请签上姓名的第一个字母, 表示同意 Southland Physical Therapy, Inc. 诊所, 通过我所选择的自动预约提醒方式, 提醒我。我知道短信付费可能适用。

推介来源

誰是我們應感謝推薦您來的人? _____

- 患者介绍
- 社区活动
- 朋友
- 保险公司
- 上网
- 印刷广告
- 医师介绍
- 曾经来过
- 自己
- 诊所职员
- 自己进来
- Yelp



对患者的承诺和错过预约的政策

(预约取消/预约没有来/预约迟到的政策)

我们对您的承诺

在 Southland Physical Therapy, Inc. 诊所治疗中，我们的使命是展示诚信和同情，同时提供最高质量的物理治疗护理，以便每个人，他们的家庭和社区都能够幸福和健康地生活。

您对物理治疗的承诺

每位患者都有不同的情况和需求来治疗。每位患者的治疗都由您的治疗师根据具体计划个别进行，以达到这些目标和需求。为了实现这些目标，您必须按预约时间前来。

24 小时的重新预约政策

重新预约需要提前 24 小时的通知。如果您需要重新安排预约，请致电我们的办公室，安排在原来预约的同一周进行。

请签上姓名的第一个字母：

_____ 我们要求提前 24 小时通知任何预约的取消。如果您在此时间之后致电取消预约，则需支付 40 美元的费用。

_____ 预约时间没有出现将收取 40 美元的费用。

_____ 如果您迟到 15 分钟或更长时间，Southland Physical Therapy, Inc. 有保留取消预约的权利。

我已阅读并理解患者的财务责任和预约政策，我同意遵守其条款。以任何方式改变这种形式都不会改变 Southland Physical Therapy, Inc. 所概述的政策。

患者姓名 (或负责人)

签名

日期

患者同意

我同意根据医生 和/或 物理治疗师的一般和特殊指示进行任何医疗。

我知道治疗程序可以包括但不限于：关节和软组织动员，家庭锻炼计划，治疗练习，神经肌肉教育，步态训练，功能训练，包括：姿势和身体力学，模式，如热，冰，电刺激，超声波，激光和特殊程序，如：胶带，神经肌肉电刺激，机械牵引和膀胱训练，评估和治疗由于相关的神经，肌肉和骨骼功能障碍和/或疼痛引起的功能丧失。

我知道我可以随时拒绝任何治疗程序或治疗。

患者姓名 (或负责人)

签名

日期

患者的财务责任

我特此给予 Southland Physical Therapy 指派所有物理治疗福利，以便为我或未成年患者提供服务。我授权任何关于我或未成年人医疗信息的持有者向我的保险公司发出确定相关服务与应付的这些福利所需的任何信息。我理解，如果我的保险福利和/或资格不包括或支付 Southland Physical Therapy, Inc 所提供服务的付款，我将承担财务责任并同意支付与服务相关的所有费用。这包括，也不限于；被我的保险视为“不包含”或“非医疗必需”的服务项目。

我理解我的签名，即向 Southland Physical Therapy, Inc. 付款，并授权发给支付索款所需的医疗信息。

患者姓名 (或负责人)

签名

日期

维护隐私的通知

本通知描述如何使用和披露有关您的医疗资料以及如何取得此资料。请详细阅读本政策。有关更多信息，请索取有关影印本。

了解您的健康记录和信息:

当您从 SOUTHLAND PHYSICAL THERAPY, INC 接受物理治疗服务时，会记录您的治疗情况。该记录包含您的症状，诊断，检查，评估和您的治疗计划。它还包含每次治疗记录和进度记录。

我们对医疗资料的承诺:

我们了解您个人健康隐私和私人医疗信息的重要。我们致力于保护您的个人资料。医疗记录仅在有限的情况下披露；治疗，付款，护理质量审查，联邦，州或当地法律，以及诉讼/纠纷。如果出于任何原因，您希望获得整份记录的副本，请以书面形式提出要求。为了保护您，如果在办公室领取记录，请携带适当的身份证件。

我已阅读并理解上述所有信息资料。

患者姓名 (或负责人)

签名

日期

*如果您想了解有关我们任何政策或程序的更多详细资料，请向前台索取影本。