

# PACIFIC MEDICAL PROSTHETICS & ORTHOTICS

## PATIENT INTAKE FORM

Order taken by:	Date:
Referral Person Calling in Order:	Phone:
Physician Name:	NPI#:
Reason for Visit:	

### INFORMACION DEL BENEFICIARIO/PACIENTE

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad, Estado, Código Postal:	Peso: <span style="float: right;">Altura:</span>
Numero de telefono:	
Nombre del representante legal, si no la persona nombrada arriba:	
Relación con el paciente:	Numero de telefono:
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:	
Aseguración Primaria:	# Identificación: <span style="float: right;"># Grupo:</span>
Aseguración Secundaria:	# Identificación: <span style="float: right;"># Grupo:</span>

**\*\*\*\*COPIAS DE LAS TARJETAS DE ASEGURANZA MEDICA SON REQUERIDAS\*\*\*\***

Su accidente es relacionado con el Compensacion de Trabajadores o comun? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de Empleador:	Fecha de Accidente:
Nombre de Compensacion de Trabajadores/Aseguranza de Accidentes:	
Nombre de Adjustador:	Numero de telefono:

### PREGUNTAS PARA EL BENEFICIARIO/PACIENTE

¿Alguna vez ha recibido el mismo equipo/suministros o algo similar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Si", por favor de listar:	
¿ Donde compro el equipo/suministros?	Fecha:
Regresaron el equipo/suministros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Si", por favor de explicar la razon?	
¿ Vana reemplazar el equipo o suministros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**\*\*\*HISTORIA DIABETICA\*\*\***

¿ Es usted diabético? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿ Quién es su médico/doctor encargado del tratamiento de su diabetes?	
La fecha de la última visita de tratamiento para su diabetes?	

### LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA AMBULATORIA

¿ En la actualidad esta usando muletas, un andador o silla de ruedas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Si", la fecha de compra o si es alquilado, ¿ cuantos meses? <input type="checkbox"/> Comprado <input type="checkbox"/> Alquilado _____ Meses	
¿ Utiliza actualmente o esta en el proceso de obtener de una dispositivo de movilidad electrica o una silla de ruedas electrica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Si", ¿ qué proveedor, cuando se compró y qué es la razón del uso?	
¿ Eres capaz de ambular de forma segura dentro de su hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Uso principal?	En casa <span style="margin-left: 100px;">Actividades al aire libre o sociales</span>
¿ Cual es la frecuencia de uso? _____ ¿ Esta silla de ruedas fue cubierto por Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ Podemos dejar información medica y información de contacto en el correo de voz? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

<b>Firma del Paciente o Persona Responsable:</b>	<b>Fecha:</b>
--	---------------

Este formulario de admisión se utiliza para adquirir información básica para ofrecer productos y servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Por la presente certifico que toda la información en este formaulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Por este medio le doy a Pacific Medical, Inc. mi expresa autorización a mi o mi médico de contactar nos si se necesita más aclaración o información.