

ACCT# _____

DATE: _____

APTUS THERAPY SERVICES ADMISSION INTERVIEW

BACKGROUND INFORMATION

Patient Name: _____ SSN#: _____ Sex: _____ Age: _____ D.O.B: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____ Bilingual: YES or NO

Home Phone: _____ Emergency Phone: _____ Relation: _____

Reason for being here: _____ Date of Injury: _____

REFERRAL INFORMATION

Treating Physician: _____ Secondary MD: _____

Insurance Carrier: _____ Adjuster/ Policy #: _____

PHYSICAL / MEDICAL DATA:

Description of events leading to condition: _____

Was there surgery related to condition? _____

If so, provide date, physician, outcome: _____

Is medication being taken to treat condition? _____

If so provide name, dosage, outcome(does it help): _____

DIAGNOSTICS:

() X-Rays () EMG () Bone Scan () Myelogram () Other

Do any of the following conditions exist in yourself and/ or immediate family:

Diabetes () Hypertension () Epilepsy () Heart Problems ()

Mental () Psychological () Psychiatric () Other ()

Height: _____ Weight: _____ Known Allergies: _____

Handedness: () L () R Glasses: () Y () N Hearing: () Y () N

Treating Physician: _____ Released to work: _____

Any past medical treatment(s) for condition?: _____

In active daily life, briefly describe how conditions affect routine: _____

Using durable medical equipment: _____

Any other physical and/or medical problem arising from condition: (i.e. lack of appetite, lack of sleep; mobility; strength; bowel/ bladder function; sexual problems; incontinence) _____

Any physical limitations given by physician: Lifting (lbs.) _____ Walking () Standing () Sitting ()

Climbing () Bending () Stooping () Kneeling ()

Serious illnesses, surgeries, injuries in the past 5 years: _____

Numero de cuenta: _____

Fecha: _____

ENTREVISTA DE ADMICION DE APTUS

INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____

Numero Social: _____ Sexo: F _____ M _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Codigo Postal: _____ Bilingue: Si _____ No _____

Correo electronico: _____

La razon de su visita: _____

Fecha de lesion: _____

INFORMACION REFERIDA

Medico tratante: _____

Medico Especialista principal: _____

Nombre de Aseguransa Principal: _____ Ajustador/No. de Poliza: _____

INFORMACION MEDICA/FISICA

Descripcion de incidente por la cual llego a esta condicion: _____

Tuvo alguna cirugia a raiz de esta condicion o relacionada con esta condicion? _____

Si su respuesta es si, provea fecha de cirugia y resultado medico:

Esta tomando medicamento para tratar esta condicion? _____

Si su respuesta es si, provea el nombre, dosis, resultado(Lehayudo):

DIAGNOSTICOS

Rayos x () Analisis de huesos () EMG () Myelogram () Otro () _____

Alguna de las siguientes condiciones existen en: usted mismo () algun miembro de su familia ()

Diabetis () Hipertension () Epilepsia () Problemas del Corazon () Siquiatrico ()

Mental () Psiologico ()

Estatura: _____ Peso: _____ Alergias: _____

Es usted Surdo/a () Derecho/a ()

Usa usted anteojos paraver Si () No ()

Nombre del Medico que lo atendio: _____

A sido usted dado de alta para regresar a hacer sus tareas laborales: _____

Algun tratamiento medico que haya tenido en el pasado para trartar esta condicion:

ACCT# _____

DATE: _____

PEDIATRIC ONLY - DEVELOPMENTAL HISTORY

Hospitalizations Dates: _____ Gestation: _____

Delivery: _____ Complications: _____

Sat Up () Crawled () Walked () Ran () Babbled () First Word ()

Talked () Feeding Problems ()

Previous Therapy and Results: _____

Colds: () Ear infections: () Bronchitis: () Pneumonia: ()

WORKER' S COMPENSATION

EDUCATION/EMPLOYMENT

Currently Working? _____ Where and for how long? _____

Job Title: _____

Light duties available? Y() N() Duties: _____

Supervisor: _____

Any outstanding physical job demands (lifting, sitting, pushing, pulling, climbing, etc.)

Other past jobs held: _____

Highest education level: _____

Any degrees, certificates, licenses: _____

Special skills/ hobbies: _____

Any physical limitations given by physician: *Lifting (lbs.)* *Walking ()* *Standing ()* *Sitting ()*

Climbing () *Bending ()* *Stooping ()* *Kneeling ()*

Serious illnesses, surgeries, injuries in the past 5 years: _____

Numero de cuenta: _____

Fecha: _____

DIAGNOSTICOS

Algun limite fisico que le haya determinado el Medico: _____

Enfermedades serias, cirugias o lecciones que haya tenido en los ultimos 5 anos?

Algun otro problema fisico/medico a raiz de esta condicion:(ejemplo: falta de sueno; falta de apetito; Movilidad; Fuerzas; Sensacion; Funcion intestinal/vejiga; Problemas Sexuales) _____

Catarro () Infeccion de Oidos () Bronquitis () Neumonia ()

Describa brevemente como esta condicion a afectado su vida cotidiana y acctiva: _____

A estado usando algun equipo medico duradero: _____

HISTORIA DE DESARROLLO (Solamente para pacientes pediatricos)

Hospitalizacion: _____

Fecha: _____ Tiempo de gestacion (Mujeres solamente): _____

Fecha del Parto: _____

Complicacion alguna? _____

Se sento () Gateo () Camino () Corrio () Trato de pronunciar palabras ()

Primer palabra () Hablo () Alguna dificultad al comer ()

Terapia Previa y resultados: _____

COMPENSACION DE TRABAJADORES EDUCACION/EMPLEO

Para compensacion de trabajo solamente

Esta usted trabajando actualmente? _____ Si: _____ No: _____ Donde?: _____

Cuanto tiempo tiene trabajando en ese lugar: _____ Trabajo que desempeña: _____

Hay Tareas livianas disponibles: Si: _____ No: _____

Tareas incluyen: _____

Nombre del Supervisor: _____

Su trabajo fisico demanda: (levantar/cargar, sentarse, estirar, empujar, trepar/escalar, Etc.)explique: _____

Algun otro trabajo en el pasado: _____

Mayor Nivel Educativo: _____

Algun Diploma, Certificado o Licenciatura: _____

Habilidades Especiales /pasatiempos: _____