

Patient Information

Información del Paciente



First name _____ Middle initial _____ Last name _____
Nombre Inicial Apellido

Social Security Number _____ Birthdate _____ Sex Male Female Marital status S M D W
Número de Seguridad Social Nacimiento Sexo Hombre Hembra Estado civil

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Home Phone _____ Work Phone _____ Cell Phone _____
Teléfono de Casa Teléfono del Trabajo Teléfono móvil

Employer _____ Occupation _____
Patron Ocupación

Date of Injury _____ Time _____ Last Date Worked _____ Address where Injured _____
Fecha de la lesión Hora Última fecha de trabajo Dirección donde lesionado

Was this a Work Injury? Yes No Injury Reported to _____ Date _____ Time _____
¿Fue esto una lesión laboral? Si No Lesiones reportadas a Fecha Hora

Describe how your injury/illness occurred: _____
Describe cómo ocurrió su lesión / enfermedad:

Any previous treatment for this injury? Yes No Where _____ When _____
¿Algún tratamiento previo para esta lesión? Si No Dónde Cuando

Any previous visits/treatments? Yes No Where _____ When _____
¿Alguna visita / tratamiento previo? Si No Dónde Cuando

WORKPLACE INFORMATION INFORMACIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO

Lost time at work? Yes No Full days missed _____ Last date worked _____
Trabajo perdido? Si No Días completos perdidos Última fecha trabajada

Other employment? Yes No If yes, where? _____ Hobbies/sports _____
¿Tiempo perdido en el trabajo? Si No ¿Si sí donde? Aficiones / deportes

MEDICAL INFORMATION INFORMACIÓN MÉDICA

Dominant hand Left Right Pregnant Yes No Gastritis Yes No Last Tetanus shot _____
Trabajo perdido? Izquierdo Derecho Embarazada Si No Gastritis Si No Último tiro de Tetnus

Allergies: _____ Medications: _____
Alergias: Medicamentos:

Side effects _____
Efectos secundarios

Signature _____ Print name _____ Date _____
Firma Nombre impreso Fecha

Akeso Use Only						Completed By:	
Ht: _____ in	Wt: _____ lbs	Pulse: _____ /min	BP: _____ / _____ mmHg	Resp: _____	Temp _____ F		
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Chemical/toxic exposure	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Previous injuries or illness _____			
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Pre-existing conditions affecting diagnosis/recovery _____					

Have you ever had or do you commonly have:

¿Alguna vez ha tenido o tiene comúnmente:

- Allergies Alergias
- Medications Medicinas
- Major illnesses or injuries Enfermedades / lesiones importantes
- Hospitalizations or surgeries Hospitalizaciones o cirugías
- Hives Úrticaria
- Motor vehicle accidents Accidentes de tránsito
- Blood Transfusions Tranfusiones de sangre
- Work in hazardous environment Trabajo en ambientes peligrosos
- Work-related injuries/illnesses Accidentes/enfermedades en el trabajo
- Permanent Disabilities Incapacidad Permanente

Social History

- Tobacco use? How much? _____/wk Uso de tabaco? Cuanto?
- Alcohol use? How much? _____/wk Uso de alcohol? Cuanto?
- Recent gain or loss of weight Ganancia o pérdida de peso reciente
- Weakness, fatigue/ appetite loss Debilidad, fatiga/ pérdida de apetito
- Fever Fiebre

Skin

- Skin diseases or problems Enfermedades en la piel
- Discoloration, pigmentation changes Cambios de color en la piel
- Cancer/tumors or cysts Cáncer, Tumores o quistes

Head

- Frequent or severe headaches Dolores de cabeza frecuentes o severos

Eyes / Vision

- Eye injury, infection or pain Lesiones, infección o dolor en los ojos
- Blurred, double or decreased vision Vision borrosa, doble o disminuida
- Eye itching, burning or tearing Lagrimeo, picazón o quemazón en ojos
- Light sensitivity Sensibilidad a la luz

Ear / Nose / Throat / Mouth

- Loss or decreased hearing Pérdida o disminución de la audición
- Ear pain, infection, discharge Dolor, infección o secreción en oídos
- Nose / Sinus Problems Problemas en la nariz o en senos nasales
- Dental / Gum Disease Enfermedades dentales o de las encías
- Recurrent throat problems Problemas de garganta recurrentes
- Voice Change / Hoarseness Ronquera o cambios en la voz

Cardiovascular

- Shortness of Breath Dificultad para respirar
- Chest pain or pressure Opresión o dolor en el pecho
- Palpitation / Pounding Heart Heart Palpitaciones o saltos del Corazón
- High Blood Pressure Presión sanguínea elevada
- Swelling Feet / Ankles Hinchazón de pies o tobillos
- Varicose Veins Venas varicosas
- Chronic, Recurrent Cough, Cold Resinado crónica o recurrente
- Asthma / Wheezing Asma o picos (sibilancias) en el pecho
- Emphysema or chronic bronchitis Emfisema o broncautis crónica
- Pneumonia Pneumonía o pulmonía
- Tuberculosis Tuberculosis
- Coughing of blood Tos con sangre

Gastrointestinal Tract

- Frequent indigestion or reflux Indigestión o reflujo frecuentes
- Nausea or vomiting Náusea o vómito
- Vomiting of Blood Vómitos con sangre
- Abdominal Pain Dolor abdominal
- Liver Disease Enfermedades de hígado
- Change in bowel habits Cambios en hábitos intestinales
- Frequent constipation / diarrhea Constipación o diarrea frecuentes
- Blood in stools/black stools Heces negras o con sangre
- Hemorrhoids / Rectal Disease Hemorroides o enfermedades del recto

Genitourinary Tract

- Painful or difficult urination Dificultad o dolor al orinar
- Blood in urine Sangre en la orina
- Kidney infection/stones Infecciones o cálculos del riñón
- Venereal Disease Enfermedades venéreas

Musculoskeletal

- Joint pain or disease Enfermedades o dolor en las articulaciones
- Neck or back injury Lesiones del cuello o de la espalda
- Foot Problems Problemas en los pies

Neurological

- Epilepsy, Convulsions Epilepsia, convulsiones, ataques
- Dizziness Mareos
- Muscle weakness or paralysis Parálisis o debilidad muscular
- Numbness in arms or legs Adormecimiento de manos o pies

Psychiatric

- Depression Depresión
- Nervousness Nerviosismo
- Mood Swings Cambios del humor o del carácter
- Sleep disturbances Trastornos del sueño
- Alcoholism Alcoholismo
- Drug abuse, treatment/rehabilitation Rehabilitación por adicción

Endocrine

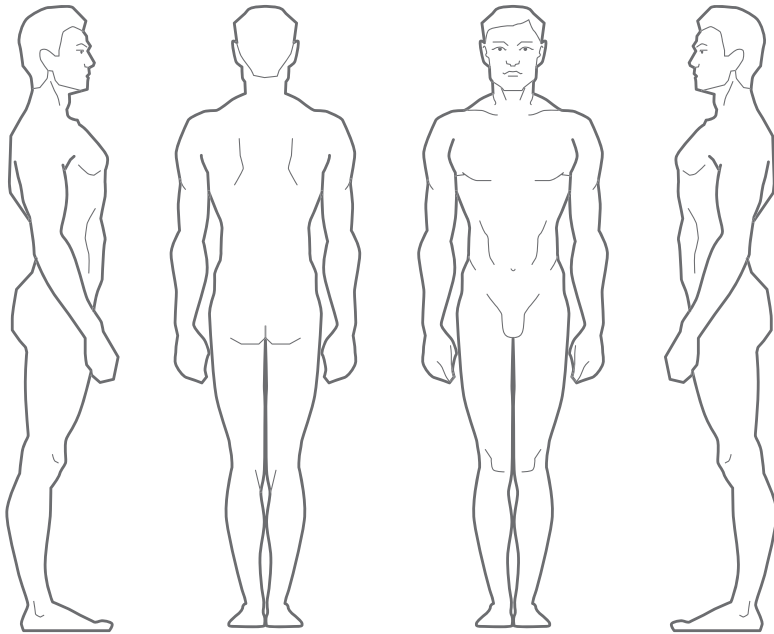
- Increased appetite Apetito exagerado
- Increased thirst Sed exagerada
- Increased urination Aumento en la frecuencia o cantidad de orina
- Diabetes / High Blood Sugar Diabetes / Azúcar en la sangre
- Hair Loss Pérdida del cabello

Blood Disorders

- Bleeding gums Sangramiento por las encías
- Bruising Moretones o cardenales
- Spontaneous nose bleeding Sangramiento espontáneo por la nariz
- Easy bleeding or hard to stop Sangramiento fácil o difícil de detener

Women Only

- Pregnant Embarazada
- Date last menstrual period _____ Fecha última menstruación
- Irregular menstruation Menstruación o períodos irregulares
- Painful menstruation Menstruación o períodos dolorosos



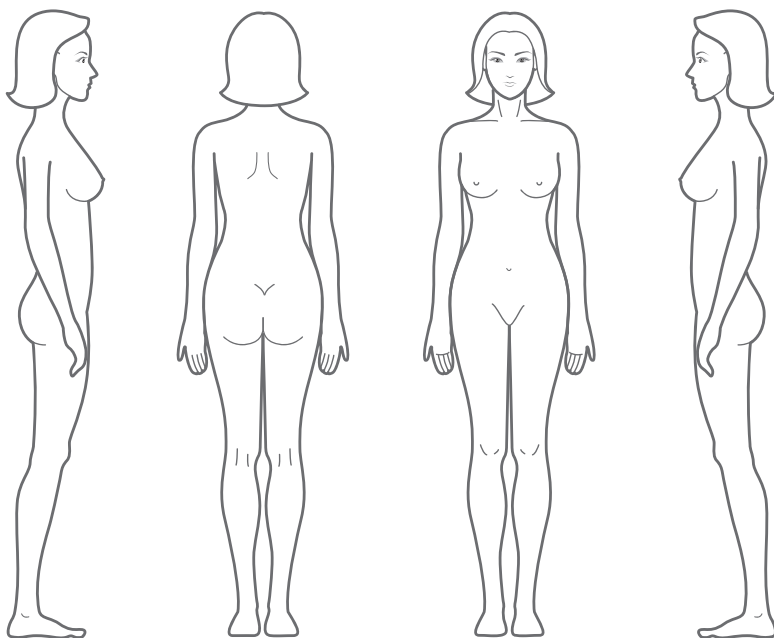
Pain Diagram

Diagrama de dolor

Please mark the area of injury or discomfort on the diagram, using the appropriate symbols:

Marque el área de la lesión o molestia en el diagrama, usando los símbolos apropiados:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|----------------------|
| # | Numbness
Entumecimiento | * | Aching
Dolor |
| = | Pins & Needles
Alfileres y agujas | ^ | Stabbing
Puñalada |
| + | Burning
Ardiente | | |



Pain Scale

Escala de dolor

Please rate your current level of pain on 0-10 scale:

Califique su nivel actual de pain en escala 0-10:

- | | | |
|----|---|---------------------------------|
| 1 |  | No Pain
Sin dolor |
| 2 | | |
| 3 |  | Mild Pain
Dolor Leve |
| 4 | | |
| 5 |  | Moderate Pain
Dolor Moderado |
| 6 | | |
| 7 |  | Severe Pain
Dolor Severo |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 |  | Worst Pain
Peor Dolor |

Describe your injury further if needed:
 Describa más su lesión si es necesario

Cancellation / No Show Policy

Page 4

Política de cancelación / no presentación



Dear Akeso Occupational Health Patient:

Welcome to Akeso. Our focus is to provide the highest quality care in our communities in restoring individuals to healthier and more active lifestyles. However, when patients do not show for a scheduled appointment, we are unable to deliver our assistance effectively. Frequent cancellations create the same problem.

If your Physician has ordered physical therapy and follow up care as an important component of your medical treatment plan. It is essential that you keep ALL scheduled appointments as prescribed by your physician to maximize your recovery process.

If you are late for your appointment, please contact the clinic. We will try our best for you to see the medical provider if time allows. If we cannot accommodate you at that time, we will reschedule your appointment for another day.

If you fail to keep your Akeso appointments and do not notify us within 24 hours you may jeopardize your care and your worker's compensation benefits for those patients with industrial injuries. We will notify our industrial and private patient's physician, along with our industrial patient's employer and insurance carrier of missed appointments. After the third missed appointment, you may be discharged from this facility for non-compliance and the appropriate parties will be notified. Frequent cancellations are also subject to discharge for non-compliance.

Akeso is committed to providing you with the highest quality care and your cooperation will be greatly appreciated.

Estimado paciente de salud ocupacional de Akeso:

Bienvenido a Akeso. Nuestro enfoque es proporcionar la atención de más alta calidad en nuestras comunidades para restaurar a las personas a estilos de vida más saludables y activos. Sin embargo, cuando los pacientes no se presentan a una cita programada, no podemos brindar nuestra asistencia de manera efectiva. Las cancelaciones frecuentes crean el mismo problema.

Si su médico ha ordenado fisioterapia y atención de seguimiento como un componente importante de su plan de tratamiento médico. Es esencial que cumpla TODAS las citas programadas según lo prescrito por su médico para maximizar su proceso de recuperación.

Si llega tarde a su cita, comuníquese con la clínica. Haremos todo lo posible para que vea al proveedor médico si el tiempo lo permite. Si no podemos acomodarle en ese momento, reprogramaremos su cita para otro día.

Si no cumple con sus citas de Akeso y no nos notifica dentro de las 24 horas, puede poner en peligro su atención y los beneficios de compensación para trabajadores para aquellos pacientes con lesiones industriales. Notificaremos a nuestro médico del paciente industrial y privado, junto con el empleador de nuestro paciente industrial y la compañía de seguros de las citas perdidas. Después de la tercera cita perdida, puede ser dado de alta de esta instalación por incumplimiento y se notificará a las partes correspondientes. Las cancelaciones frecuentes también están sujetas al alta por incumplimiento.

Akeso se compromete a brindarle la atención de la más alta calidad y su cooperación será muy apreciado.

I have read and understand the above policy.

He leído y entiendo la política anterior

Patient Signature _____
Firma

Print Name _____
Nombre impreso

Date _____
Fecha



This authorization allows Akeso to release confidential medical information and records. *Note: Information and records regarding treatment of minors, HIV, psychiatric/mental health conditions, or alcohol/substance abuse have special rules that require specific authorization.*

Esta autorización le permite a Akeso divulgar información y registros médicos confidenciales. *Nota: La información y los registros sobre el tratamiento de menores, VIH, afecciones psiquiátricas / de salud mental o abuso de alcohol / sustancias tienen reglas especiales que requieren autorización específica.*

Authorization

Autorización

I hereby authorize Akeso to release information regarding my medical history, illness or injury, consultation, prescriptions, treatment, diagnosis or prognosis, including x-rays, correspondence and/or medical records including those from my other health care providers that the above named health care provider may hold, by means of mail, fax, or other electronic methods.

Por la presente, autorizo a Akeso a divulgar información sobre mi historial médico, enfermedad o lesión, consulta, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluyendo radiografías, correspondencia y / o registros médicos, incluidos los de mis otros proveedores de atención médica que la salud mencionada anteriormente El proveedor de atención puede retener, por correo, fax u otros métodos electrónicos.

This authorization is:

- Unlimited** (all records, excluding Substance Abuse, Mental Health, HIV Diagnosis/Treatment)
Ilimitado (todos los registros, excepto abuso de sustancias, salud mental, diagnóstico / tratamiento del VIH)
- Limited to the following:** _____
Limitado a lo siguiente

I also consent to the specific release of the following records:

- Drug/Alcohol/Substance Abuse** **HIV Diagnosis/Treatment** **Psychiatric/Mental Health** **Genetic Information Tests for Antibodies to HIV**
Abuso de drogas / alcohol / sustancias Diagnóstico / tratamiento del HIV Psiquiatría / Salud Mental Pruebas de información genética para anticuerpos HIV

Duration

Duración

This authorization shall be effective immediately and remain in effect unless otherwise noted by the following date: _____
Esta autorización será efectiva de inmediato y permanecerá vigente a menos que se indique lo contrario en la siguiente fecha

Restrictions

Restricciones

Permissions for further use or disclosure of this medical information is not granted unless another authorization is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law. A photocopy of facsimile of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I have been advised of my right to receive a copy of this authorization.

No se otorgan permisos para un uso o divulgación adicional de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización mía o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. Una fotocopia del facsímil de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original.

Me han informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

Patient Signature _____
Firma

Print Name _____
Nombre impreso

Date _____
Fecha

Social Security Number _____
Número de Seguridad Social

Birthdate _____
Nacimiento

Legal Representative _____
Representante legal

Relationship _____
Relación