

**BRICKEN AND ASSOCIATES, P.C.**

25810 Oak Ridge Drive  
The Woodlands, Texas 77380  
(281) 364-0067 – Fax (281) 364-0712

**Forma de Ingreso de Compensación para Nuevos Pacientes**

*Estas preguntas me ayudarán a conocerle y asegurar que le doy el cuidado apropiado. Siéntase libre de dejar cualquier pregunta en blanco que usted se siente incómodo con hasta que usted me habla. Gracias.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre / Mujer Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Fecha De Lesión: \_\_\_\_\_

Medico Tratante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicios psicológicos anterior de la lesión: Si / No

En caso afirmativo, Quien: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

Alguna vez has visto a un psicólogo o psiquiatra: Si / No En caso afirmativo, Razón: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, Quien: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

Nivel de educación: \_\_\_\_\_ GED / H.S. Diploma: Si / No Graduación / GED Fecha: \_\_\_\_\_

Estado civil (Marque Uno): Soltero Casado Divorciado Viudo/a Separado

Número de matrimonios: \_\_\_\_\_ Años de matrimonio: \_\_\_\_\_ Numero de niños: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Sus padres viven: Padre: Si / No Madre: Si / No

Siguen Casados: Si / No Si no, qué edad tenía cuando se divorciaron: \_\_\_\_\_

Tiene hermanos: Si / No En caso afirmativo, cuantos: \_\_\_\_\_ Buena Infancia?: Si / No

Tiene hermanas: Si / No En caso afirmativo, cuantas: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido terapia física?: Si / No ¿En caso afirmativo, cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugía para reparar la lesión?: Si / No ¿Está programado para mas cirugías?: Si / No

¿Qué tipo de procedimientos o terapias ha tenido usted?: \_\_\_\_\_

¿Medicamentos y cuantos por día?: \_\_\_\_\_

Opiáceos / Narcóticos y cuantos por día: \_\_\_\_\_

Fuma cigarros: Si / No En caso afirmativo, cuantos al día: \_\_\_\_\_

Bebe alcohol: Si / No En caso afirmativo, cuanto en la última semana: \_\_\_\_\_

Tiene usted un plan para dañarse a sí mismo o cualquier otra persona: Si / No

Alguna vez ha tenido una historia de adicción a las drogas: Si / No En caso afirmativo, que drogas y cuando paro: \_\_\_\_\_

Tiene otras cuestiones medicas: Si / No En caso afirmativo, que: \_\_\_\_\_

**Si se trata de un trabajo relacionado PERJUICIO por favor complete el siguiente:**

*(Los pacientes que se refiere para el DOLOR)*

Tiene usted un abogado para su lesión: Si / No Usted tiene una demanda de terceros: Si / No

Estime su dolor: \_\_\_\_\_ (1 – 10) 10 = Peor dolor jamás experimentado, 1 = Casi no hay dolor

¿Dónde está el dolor? \_\_\_\_\_

¿Se irradia a los brazos y las piernas? \_\_\_\_\_ Entumecimiento? \_\_\_\_\_ Hormigueo? \_\_\_\_\_

Empleador en el momento de la lesión: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Duración del Empleo: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Regreso al trabajo? \_\_\_\_\_ Fue trabajo ligero ? \_\_\_\_\_ Fue despedido? \_\_\_\_\_

Empleos anteriores y cuanto tiempo en cada uno: \_\_\_\_\_

A tenido compensación de un trabajo anterior: Si / No

¿Rehabilitación Laboral?: Si / No En caso afirmativo, cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

25810 Oak Ridge Drive  
The Woodlands, Texas 77380  
(281) 364-0067 – Fax (281) 364-0712

**Lista de Síntomas**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Altura:** \_\_\_ ' \_\_\_ "    **Peso:** \_\_\_\_\_ lbs.    **Aumento de Peso:** \_\_\_\_\_ lbs.    **Pérdida de Peso:** \_\_\_\_\_ lbs.

**Número de Horas Dormidas:** \_\_\_\_\_ hrs

Por favor marque todas las que se aplican

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir                 | <input type="checkbox"/> Perdida de apetito       |
| <input type="checkbox"/> Ataques de llanto                      | <input type="checkbox"/> Perdida de disfrutar     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de deseo sexual                | <input type="checkbox"/> Dificultad de concertase |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria                     | <input type="checkbox"/> Enojo                    |
| <input type="checkbox"/> Estallidos de mal humor                | <input type="checkbox"/> Ataques de enojo         |
| <input type="checkbox"/> Frustración                            | <input type="checkbox"/> Nudos en el estomago     |
| <input type="checkbox"/> Aceleración de latidos del corazón     | <input type="checkbox"/> Presión en el pecho      |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de recuperar su respiración | <input type="checkbox"/> Falta de respiración     |
| <input type="checkbox"/> Mareo                                  | <input type="checkbox"/> Sudor profuso            |
| <input type="checkbox"/> Mentido de muerte inminente            | <input type="checkbox"/> Nervosismo               |
| <input type="checkbox"/> Nausea                                 | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza        |

**Información adicional que le gustaría compartir sobre sí mismo y su situación:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alguna vez ha sido condenado por un delito:**

**Si / No**

**¿Se enfrenta actualmente a cargos por cualquier delito, en libertad condicional o libertad condicional?**

**Si / No**

**¿Es usted actualmente parte de cualquier acción legal?**

**Si / No**

**Si respuesta es "Si," cualquiera de las anteriores preguntas, explique:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25810 Oak Ridge Drive  
The Woodlands, Texas 77380  
(281) 364-0067 – Fax (281) 364-0712

**Información del Paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (Primero) : \_\_\_\_\_ (M.I.): \_\_\_\_\_ (Apellido): \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M/ F Num.Soc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DL#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Persona que lleno papeleo: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

(Si no fue el paciente)

(Madre/Padre/Guardián/Esposo/a)

**Información de Compensación del Trabajo**

Es un caso de compensación del trabajo? \_\_ Si \_\_ No Fecha de Lesión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) Nombre de Ajustador/a: \_\_\_\_\_

Empleador en el momento de la lesión: \_\_\_\_\_ Teléfono:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de referencia / fuente de referencia: \_\_\_\_\_

(Nombre del doctor/Guía Telefónica/Otro)

Por lo presente autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos de seguro. Yo permito que una copia de esta autorización ser utilizado en lugar del original. Al firmar esta formar, estoy autorizando a tratamiento médico / psicológico por el Dr. Glenn J. Bricken & Associates. También autorizo pagos de beneficios médicos directamente a este médico por los servicios recibidos en esta oficina, si lo tuviere asignado.

**Doy mi permiso para que la información y un informe de tratamiento sean revelados al médico que lo remite.**

Firma: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Esto debe ser firmado por el paciente, o por su guardián si es menor de edad, antes de ser tratados.)

## LEVANTAMIENTO DE PESAS / RESTRICCIONES FÍSICAS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Médico de tratamiento de compensación de trabajadores: \_\_\_\_\_

¿Tiene una restricción de pesas (levantamiento), u otra restricción física, ordenado por un medico profesional? (Un circulo) No Si

Si respuesta es "Si," por quién? \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Nombre del médico profesional) Numero de Teléfono #

¿Tiene una copia del documento de restricción? No / Si

En caso afirmativo, ¿puede proporcionar una copia a nuestra oficina? No / Si

La restricción / limitación indicada anteriormente es una restricción de levantamiento de pesas de \_\_\_\_\_ lbs/kg.

La restricción / limitación indicada anteriormente es para otras restricciones físicas (explique):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### STAFF USE ONLY:

The restriction denoted above has been confirmed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- (1.) A copy of the prescription / report / dictation has been received by our staff:
- (2.) A confirmation call was made to the medical professional and / or staff:
- (3.) Other: \_\_\_\_\_

[If documentation has been received in regards to this restriction, please forward a copy to CPRC / Dr. Alianell to be included in the Physical Therapy Evaluation.]