

SWANNER PHYSICAL THERAPY1202 Maricopa Hwy., Suite B • Ojai, California 93023
805 646 6313 • Fax 805 646 6318**NEW PATIENT INFORMATION**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____
Address: _____ Social Security Number: _____
Marital Status: _____
City, State, Zip: _____ Home Phone: _____
Cell Phone: _____ Work Phone: _____
Email: _____
Preferred method of communication: Text _____ Email _____ Phone _____
Primary Care Physician: _____ Referring Physician: _____

Employer: _____ Occupation: _____
Address: _____ City, State, Zip: _____
Are you a student? Yes _____ No _____ School: _____

Is your injury work-related? Yes _____ No _____ If yes, date of injury: _____
Do you have an attorney involved in this case? Yes _____ No _____
If yes, please provide: Name _____ Phone Number _____
Street Address: _____ City, State, Zip: _____

PLEASE PROVIDE A COPY OF YOUR INSURANCE CARD

I authorize payment of medical benefits to "Swanner Physical Therapy" as indicated on the itemized bill. I authorize Swanner Physical Therapy to release medical billing information required to process claims for payment or as necessary for care in the course of my therapy. I understand that Swanner Physical Therapy is billing my insurance as a courtesy, and that I am ultimately responsible for the charges.

Signature _____

Date _____

SWANNER PHYSICAL THERAPY1202 Maricopa Hwy., Suite B • Ojai, California 93023
805 646 6313 • Fax 805 646 6318

NAME: _____

EMAIL: _____

CURRENT AND PAST MEDICAL HISTORY

REFERRING PHYSICIAN: _____

AS FAR AS YOU ARE CONCERNED, WHAT BRINGS YOU INTO PHYSICAL THERAPY? _____

WHEN DID IT START? _____

WHAT ARE YOUR GOALS FOR PHYSICAL THERAPY? _____

DID YOU HAVE SURGERY FOR THIS PROBLEM? _____ WHEN? _____

RESULTS OF X-RAYS, MRI OR SPECIAL TESTING: _____

CURRENT MEDICATIONS: (NONE ____): _____

DO YOU HAVE OR HAVE YOU EVER HAD:

EXPLAIN:

DIZZINESS OR VERTIGO? YES ____ NO ____ _____

RHEUMATOID ARTHRITIS? YES ____ NO ____ _____

NEUROLOGICAL DISORDER? YES ____ NO ____ _____

DIABETES? TYPE I ____ TYPE II ____ NO ____ _____

HEART PROBLEMS OR HEART DISEASE? YES ____ NO ____ _____

PACEMAKER? YES ____ NO ____ _____

PRIOR SURGERIES? YES ____ NO ____ _____

SEIZURES? YES ____ NO ____ _____

METAL IMPLANTS? YES ____ NO ____ _____

ALLERGIES? YES ____ NO ____ _____

A STROKE? YES ____ NO ____ _____

CANCER? YES ____ NO ____ _____

DEPRESSION? YES ____ NO ____ _____

HOW IS YOUR OVERALL HEALTH? GOOD ____ FAIR ____ POOR ____ ACTIVITY LEVEL? LOW ____ MED ____ HIGH ____

ARE YOU PREGNANT? YES ____ NO ____

ARE YOU CURRENTLY WORKING? YES ____ NO ____

IF NOT, IS IT DUE TO YOUR INJURY? YES ____ NO ____

I AUTHORIZE PAYMENT OF MEDICAL BENEFITS TO "SWANNER PHYSICAL THERAPY" AS INDICATED ON THE ITEMIZED BILL. I AUTHORIZE SWANNER PHYSICAL THERAPY TO RELEASE MEDICAL AND BILLING INFORMATION REQUIRED TO PROCESS CLAIMS FOR PAYMENT OR AS NECESSARY FOR CARE, IN THE COURSE OF MY TREATMENT.

SIGNATURE _____

DATE _____

DATE OF BIRTH _____

PHONE NUMBER _____

SWANNER PHYSICAL THERAPY1202 Maricopa Hwy., Suite B • Ojai, California 93023
805 646 6313 • Fax 805 646 6318**INFORMACION DE PACIENTE NUEVO**

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Número de seguro social: _____

Ciudad, estado, postal: _____ Número de teléfono de casa: _____

Número de celular: _____ Número de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido: Texto: _____ Correo electrónico _____ Teléfono: _____

Médico de cabecera: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Ciudad, estado, postal: _____

¿Es usted estudiante? Sí ____ No ____ Escuela: _____

¿Es una lesión laboral? Sí ____ No ____ En caso que sí, fecha de lesión: _____

¿Es una lesión personal o de accidente automovilístico? Sí ____ No ____

En caso que sí, fecha de lesión: _____

¿Tiene un abogado para este caso? Sí ____ No ____

En caso que sí, por favor de proveer: Nombre: _____ Número: _____

Domicilio: _____ Ciudad, estado, postal: _____

POR FAVOR DE PROVEER UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO

Autorizo pagos de beneficios médicos a "Swanner Physical Therapy" como ha sido indicado en la factura detallada. Autorizo a "Swanner Physical Therapy" que divulgue información de facturación médica requerida para procesar reclamos de pago o lo necesario para cuidado en el transcurso de mi terapia. Entiendo que "Swanner Physical Therapy" está cobrando a mi seguro como una cortesía y que a la larga yo seré responsable de los cargos.

Firma: _____

Fecha: _____

SWANNER PHYSICAL THERAPY

1202 Maricopa Hwy., Suite B • Ojai, California 93023
805 646 6313 • Fax 805 646 6318



Nombre: _____ Correo electrónico: _____

ANTECEDENTES MEDICOS PREVIOS Y RECIENTES

Médico referente: _____

Según usted, ¿qué problema lo/la trae a fisioterapia? _____

¿Cuándo le empezó? _____

¿Cuáles son sus metas de fisioterapia? _____

¿Le hicieron cirugía para este problema? _____ ¿Cuándo? _____

Resultados de radiografías, (MRI), o estudios especiales: _____

Medicamentos actuales: (Ninguno ____): _____

Tiene o alguna vez ha padecido de:

Explique:

¿Vértigo o mareos? Sí ____ No ____ _____

¿Artritis reumatoide? Sí ____ No ____ _____

¿Trastorno neurológico? Sí ____ No ____ _____

¿Diabetes? Tipo I ____ Tipo II ____ No ____ _____

¿Problemas o enfermedades del corazón? Sí ____ No ____ _____

¿Marcapasos? Sí ____ No ____ _____

¿Cirugías previas? Sí ____ No ____ _____

¿Convulsiones? Sí ____ No ____ _____

¿Alergias? Sí ____ No ____ _____

¿Derrame o embolia? Sí ____ No ____ _____

¿Cáncer? Sí ____ No ____ _____

¿Osteoporosis? Sí ____ No ____ _____

¿Cómo está su salud en general? Buena ____ Mediana ____ Mala ____ ¿Nivel de actividad? Baja ____ Mediana ____ Alta

¿Está embarazada? Sí ____ No ____

¿Actualmente está trabajando? Sí ____ No ____ Si no está trabajando, ¿es debido a su lesión? Sí ____ No ____

Autorizo pagos de beneficios médicos a "Swanner Physical Therapy" como ha sido indicado en la factura detallada.

Autorizo a "Swanner Physical Therapy" que divulgue información de facturación médica requerida para procesar reclamos de pago o lo necesario para cuidado en el transcurso de mi terapia.

Firma _____

Fecha _____

Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____