



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Formulario de Admisión de Paciente		
Nombre del Paciente:(Apellido, Primer nombre, Inicial de nombre mediante)	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Domicilio:	Ciudad, Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Número de Teléfono Secundario:	Correo Electrónico:
Padre/Guardián Legal:	Relación al paciente:	
Padre/Guardián Legal:	Relación al paciente:	
Coordinador de servicios, si aplicable:		
Información de Doctor Médico		
Médico Referente:	Médico Primario, si diferente a médico referente:	
Domicilio:	Ciudad, Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Fax:	Diagnostico Médico:
Información de Aseguranza/Persona Responsable de Pago		
Compañía de Aseguranza:	Número de Identificación de Miembro:	Número de Grupo:
Grupo Médico (IPA) solamente para planes de HMO:	Teléfono para Servicios de Proveedor:	Fax para Servicios de Proveedor:
Nombre del Asegurado Principal: (Apellido, Primer nombre, Inicial de nombre mediante)	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
A quien podemos agradecer por referir?		

1171 S. Sanderson Avenue
Suite 102
Hemet, CA 92545

41421 Date Street
Suite 101
Murrieta, CA 92562

27525 Enterprise Circle West
Suite 101-C
Temecula, CA 92590

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Diagnóstico: _____ PDC: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Liberacion de Informacion / Release of Information

Esto autoriza a, Littlefield Therapy Inc., para proporcionar una copia, sumarias o narrativa del historial médico, archivos médicos y por la liberación de la información (verbal, contacto telefónico, evaluaciones escritas, informes de progreso, informes médicos y/o evaluaciones médicas) con respecto a (Paciente) _____, a partir de hoy ____/____/____ hasta su descarga. A menos de que se especifique lo contrario. Autorizo la divulgación de información entre Littlefield Physical Therapy Inc. y:

This authorizes, Littlefield Physical Therapy Inc., to provide a copy, summary or narrative of medical records and for the release of information (verbal, telephone contact, written evaluations, progress reports, medical reports and/or medical evaluations) regarding (Patient) _____, from today ____/____/____ through discharge. Unless otherwise specified. I authorize the release of information between Littlefield Physical Therapy Inc. and:

Por favor indique todos y todas las que apliquen o por lo contrario la información no podrá ser divulgada.

Please list any and all that apply otherwise information may not be released.

Padre/Guardián legal (Parent/Legal Guardian):
Parientes adicionales (Additional Family Members):
Enfermera/Vigilante (Nurse/Care Taker):
Médico Primario (Primary Physician):
Especialista (Specialist):
Compañía de Aseguranza (Insurance Company):
Centro Regional (Regional Center):
Representante de CCS (CCS Representative):
Vendedor de Equipo Médico Duradero (DME) (DME vendor):
Ortesis (Orthosis):
Otro (Other):

Por favor indique todos los individuales a quienes no podemos divulgar información y agregue documentación.

Please list any individuals we are legally not allowed to release information to and attach documentation:

Nombre/s - Name(s):

Firma

Relación al paciente

Fecha

1171 S. Sanderson Avenue
Suite 102
Hemet, CA 92545

41421 Date Street
Suite 101
Murrieta, CA 92562

27525 Enterprise Circle West
Suite 101-C
Temecula, CA 92590

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Diagnóstico: _____ PDC: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Iniciales

POLÍTICAS DE LA OFICINA

	Gracias por escoger a Littlefield Physical Therapy! Esperamos participar plenamente en todas sus sesiones. Mantenga las líneas de comunicación abiertas. Por favor mantenganos al tanto de problemas nuevos al comienzo de cada sesión. Tomamos muy enserio su salud y su confianza en nosotros.
	Damos la bienvenida a su llegada anticipada. Por favor ingrese y comience los ejercicios o actividades en nuestra facilidad.
	PROGRAMACIÓN DE CITAS. Hacemos todo lo posible por atender sus preferencias. Hable con nuestro personal sobre sus necesidades para programar sus citas. Su consistencia en mantener todas sus citas programadas es crítico a la rehabilitación y éxito del programa. Por favor, de dar una noticia mínima de cancelación de 24 horas. Después de 3 cancelaciones de último minuto o faltas sin aviso en un periodo de 30 días el paciente será puesto en una programación flexible.
	El paciente/padre legal serán responsables por conseguir cualquier reembolso por sus sesiones de terapia. Es la responsabilidad del paciente/padre legal saber su cobertura de aseguranza, por ejemplo la cantidad de visitas autorizadas por año. El paciente deberá obtener cualquier autorización necesaria para sus servicios. Pedimos que comunique a Littlefield Physical Therapy si tiene alguna pregunta o problema referente a un reembolso. Mi deducible es: _____ Mi Copago es: _____ Las limitaciones de visitas son: _____
	Por fondos insuficientes o cheques sin fondos devueltos, Littlefield Physical Therapy hará un cobro de \$25 adicionales por articula devuelto.
	Referencias médicas para terapia física, ocupacional, y de habla son necesarios en la mayoría de los casos. Por favor hable con su médico regularmente referente a las terapias o si ocupa asistencia en obtener nuevas referencias o referencias modificadas cada seis meses o cada cuando su terapeuta lo recomiende. Estamos dispuestos en asistir si es que tiene dificultad y ocupa ayuda en obtener una autorización.
	Consentimiento para tomar fotografía/video: Yo <u>AUTORIZO</u> / <u>NO AUTORIZO</u> (por favor circule uno) el consentimiento para fotografiar o tomar video de _____ (Nombre del paciente) para motivos educacionales, médicos, y/o motivos de anuncios.
	He recibido una copia de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de Littlefield Physical Therapy.
	Estamos comprometidos al futuro éxito de nuestras terapistas. En consecuencia, estudiantes y voluntarios participan en nuestras sesiones. Por favor hable con su terapeuta si tiene alguna preocupación sobre la participación e involucración de nuestros estudiantes o voluntarios.
	Pido que pagos autorizado de _____ (nombre de compañía de aseguranza) de beneficios sean pagados en nombre de _____ (nombre del paciente) a la proveedora/facilidad: Melissa Littlefield y/o Littlefield Physical Therapy Inc. por servicios recibidos de parte de este proveedor. Acepto pagar copagos, coseguros y deducibles aplicables al momento del servicio recibido a menos de que haya otro acuerdo o arreglo de pago.
	Melissa Littlefield es la única propietaria de Littlefield Physical Therapy, de acuerdo con las normas éticas; no endosamos POPTS (Physician Owned Physical Therapy Services). Cualquier pregunta o preocupación puede ser dirigida directamente a Melissa Littlefield.
	Solicito una copia de la notificación de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). <u>YES</u> / <u>NO</u>

Firma

Relación al paciente

Firma

1171 S. Sanderson Avenue
Suite 102
Hemet, CA 92545

41421 Date Street
Suite 101
Murrieta, CA 92562

27525 Enterprise Circle West
Suite 101-C
Temecula, CA 92590



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

PHOTO RELEASE

For good and valuable consideration, the receipt of which is hereby acknowledged,

I, _____, hereby authorize Littlefield Physical Therapy permission to use my child(rens) likeness in a photograph/video in any and all of its publications, including but not limited to all Littlefield Physical Therapy' printed and digital publications. I understand and agree that any photograph using my child(rens) likeness will become property of Littlefield Physical Therapy and will not be returned.

I acknowledge that since my participation with Littlefield Physical Therapy is voluntary, I will receive no financial compensation.

I hereby irrevocably authorize Littlefield Physical Therapy to edit, alter, copy, exhibit, publish or distribute this photo/video for purposes of publicizing Littlefield Physical Therapy's program or for any other related, lawful purpose. In addition, I waive the right to inspect or approve the finished product, including written or electronic copy, wherein my child(rens) likeness appears. Additionally, I waive any right to royalties or other compensation arising or related to the use of the photograph.

I hereby hold harmless and release and forever discharge Littlefield Physical Therapy from all claims, demands, and causes of action which I, my heirs, representatives, executors, administrators, or any other persons acting on my behalf or on behalf of my estate have or may have by reason of this authorization.

Print Client's Name: _____ Date: _____

Client's Signature: _____ Date: _____
(Signature of parent/guardian if under 18 years of age)

1171 S. Sanderson Avenue
Suite 102
Hemet, CA 92545

41421 Date Street
Suite 101
Murrieta, CA 92562

27525 Enterprise Circle West
Suite 101-C
Temecula, CA 92590



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Physical/Occupational Caregiver Questionnaire

Please complete appropriate information for your child's situation.

Has your child ever had any issue in the following areas?	Yes/No	IF YES, what problems are present?	Doctor or clinic managing condition	Next visit or Discharge date	Medications
Orthopedic	Yes/No				
Neurological/Seizures	Yes/No				
Digestive/Constipation	Yes/No				
Hearing/Ear/Nose/Throat	Yes/No				
Feeding	Yes/No				
Pulmonary/Breathing	Yes/No				
Cardiac	Yes/No				
Genetic	Yes/No				
Visual	Yes/No				
Learning	Yes/No				
Sleeping	Yes/No				
Dislikes touch/movement	Yes/No				
Surgeries	Yes/No				
Imaging studies; x-rays; CT scans, MRI	Yes/No				
Other:	Yes/No				

Please list any and all medications your child is taking that you haven't already mentioned above:

Please list all precautions/allergies your child's therapist should know about:

1171 S. Sanderson Avenue
Suite 102
Hemet, CA 92545

41421 Date Street
Suite 101
Murrieta, CA 92562

27525 Enterprise Circle West
Suite 101-C
Temecula, CA 92590

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Diagnóstico: _____ PDC: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

When did you begin to have concerns regarding your child's development/condition?
What are your child's strengths and preferences/likes?
Has your child ever had or currently receive therapy? <u>YES / NO</u> If yes, please indicate what kind of therapy and when:
Please list your current concerns and what you would like to accomplish with therapy for your child:
Do caregivers have a past or current history of any back/neck or joint pain? <u>YES / NO</u> If yes, please specify?
Please list any family related history of orthopedic, neurological or developmental issues:

Development History

Length of pregnancy/Gestational Age: _____ weeks
Was the delivery: <u>Vaginal / Cesarean Section</u>
Did you have any complaints during your pregnancy? <u>YES / NO</u> If yes, please indicate which: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Excessive Vomiting <input type="checkbox"/> Weight Loss <input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> Bleeding <input type="checkbox"/> High blood Pressure <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Toxemia <input type="checkbox"/> Other: _____
Did you have any problems during delivery? <u>YES / NO</u> If yes, please indicate which: <input type="checkbox"/> Excessive Blood Loss <input type="checkbox"/> Premature Rupture of Membrane <input type="checkbox"/> Breech Birth <input type="checkbox"/> Twisted Cord <input type="checkbox"/> Other: _____
How long was your child hospitalized for following delivery?
Did your child receive any special medical attention? <u>YES / NO</u> If yes, please describe:

1171 S. Sanderson Avenue
Suite 102
Hemet, CA 92545

41421 Date Street
Suite 101
Murrieta, CA 92562

27525 Enterprise Circle West
Suite 101-C
Temecula, CA 92590

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Diagnóstico: _____ PDC: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Birth Weight:	_____ lbs. _____ oz	Apgar score:	_____/10 @ 1 minute	_____/10 @ 5 minutes
Current Weight:		Current Height:		
Please list any concerns:				
Age(s) and sex(s) of siblings:				
School District enrolled in:				
Has your child ever had or is currently receiving special education? <u>YES / NO</u> If yes, please describe:				

Are you using any of the following pieces of equipment? (Please check all that apply)	
<input type="checkbox"/> Bath Chair <input type="checkbox"/> Feeding Chair <input type="checkbox"/> Crib <input type="checkbox"/> Stroller <input type="checkbox"/> Swing <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> Walker <input type="checkbox"/> Exersaucer <input type="checkbox"/> Bouncy Chair	<input type="checkbox"/> Front Pack carrier <input type="checkbox"/> Backpack <input type="checkbox"/> Carrier <input type="checkbox"/> Jolly Jumper <input type="checkbox"/> Compression Vest <input type="checkbox"/> Sensory Equipment <input type="checkbox"/> Chew Toys <input type="checkbox"/> Other: _____

Please note the approximate ages at which your child accomplished the following milestones.

Rolled from stomach to back	months	Sat independently Stood independently	months months	Undressed self	months
Reached for objects	months	Walked independently	months	Dressed self	months
Rolled from back to stomach	months	Said first word	months	Managed snaps, zippers, buttons	years
Crawled on stomach	months	Talked	months	Tied shoes	years
Crawled on hands and knees	months	Toilet trained (bladder)	years	Preferred hand L/R	months
Sat independently with hands propping	months	Toilet trained (bowels)	years	Started Pre-School	years

1171 S. Sanderson Avenue
Suite 102
Hemet, CA 92545

41421 Date Street
Suite 101
Murrieta, CA 92562

27525 Enterprise Circle West
Suite 101-C
Temecula, CA 92590