



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

Name: _____ DOB: ___/___/___ Diagnosis: _____



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

Name: _____ DOB: ___/___/___ Diagnosis: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Initial

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 en serio 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 recommiende. Estamos dispuestos en asistir si es que tiene dificultad y ocupa ayuda en obtener una autorización.
	Consentimiento para tomar fotografía/video: Yo <u>AUTORIZO / 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 terapisas. 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 / 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

Name: _____ DOB: ___/___/___ Diagnosis: _____



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)

Alimentación / Cuestionario de Historia deglución

El día de hoy: _____

Nombre del paciente: (apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento:	Sexo:
--	----------------------	-------

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

Name: _____ DOB: ____/____/____ Diagnosis: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Nombre de la persona que llena el formulario:	Relacion hacia el niño:	
¿Qué preocupaciones tiene sobre la alimentación de su hijo que usted quisiera ayuda con en esta visita?		
¿Qué espera obtener de esta cita?		

I.HISTORIA GENERAL

¿Su hijo tiene cualquiera de los siguientes síntomas al comer o beber? (Por favor marque todo lo que corresponda.)

- náuseas / tos en las texturas de asfixia
- vómitos volumen limitado / no comer lo suficiente
- come una variedad limitada de alimentos / dificultad para tragar selectiva
- aumento de peso lento se niega a tragar / contiene los alimentos en la boca
- se niega a comer dificultades para progresar a la alimentación de mesa
- infecciones respiratorias repetidas neumonía recurrente
- pérdida de peso fiebre crónica de bajo grado / retraso en el desarrollo
- Labio / paladar hendido parálisis de las cuerdas vocales
- La alimentación por sonda déficit visual o auditiva
- traqueotomía babeo excesivo
- reflujo (regurgitación / vómitos) regurgitación nasal
- la hora de comer más de 30 minutos de otro tipo (por favor describa): _____

¿A qué edad la alimentación de su hijo se convierta en una primera preocupación? _____

¿Qué estrategias tienen que trató de hacer frente a los problemas alimentarios de su hijo?

- la distracción durante las comidas (por ejemplo, juegos, TV) obligando a saltarse las comidas
- permitiendo niño a beber más líquidos recompensas que dan los alimentos preferidos
- Alimentación del niño cuando s / que pide castigo alimentos coaxing
- suplementos ricos en calorías / fórmula

otros medios (describir): _____

¿Su hijo tiene cualquier dolor físico, mientras que (asociado a) comer o beber? Si no

En caso afirmativo, por favor marque el nivel habitual de su hijo de dolor / malestar al comer o beber en la siguiente escala:

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

Name: _____ DOB: ___/___/___ Diagnosis: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

ninguna templado moderar grave
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

II. HISTORIA DE NACIMIENTO

Fue a su bebé nacido dentro de 2 semanas de su / su fecha de vencimiento? Si no

Si no es así, por la cantidad de semanas de gestación, nació el bebé? _____

¿Cuánto pesa su bebé al nacer? _____ Llevado por: cesárea vaginal

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas con el embarazo, parto, o la entrega:

gestacional diabetes preterm labor eclampsia/pre-eclampsia

infección anormal ecografía otros (especificar) _____

Por favor describa: _____

¿Su bebé tiene alguno de los siguientes problemas en el vivero:

El reflujo gastroesofágico (RGE) displasia ventilación mecánica broncopulmonar (DBP)

apnea del CPAP terapia de enterocolitis necrotizante (NEC)

problemas de crecimiento y alimentación por sonda de alimentación hemorragia intraventricular (sangrado en el cerebro)

otra (especificar) _____

Por favor describa: _____

¿Por cuánto tiempo se quedó a su bebé en la guardería? _____

III. HISTORIA MÉDICA

Por favor, tenga en cuenta cualquiera de los diagnósticos médicos de salud, de desarrollo y / o mental de su hijo.

reflujo GE la falta de desarrollo / crecimiento lento retraso en el desarrollo esofagitis

pulmonares cuestiones (pulmón) (asma) cardíacos problemas (del corazón) problemas neurológicos (cerebrales)

vaciamiento lento del estómago estreñimiento estreñimiento eosinofílica

esofagitis Diarrea funduplicatura

autismo / PDD salud mental (especificar) _____

Genética / anomalía cromosómica (especificar) _____

otra especificar) _____

¿Con qué frecuencia su hijo tenga un movimiento intestinal? al día cada dos días

otro _____

No s / él tiene problemas con: estreñimiento (heces duras) Sí No diarrea (heces sueltas) Sí No

¿Su hijo tiene alguna alergia? Si no

En caso afirmativo, indique:

comida _____

medicación _____

contacto _____ estacional / ambiental _____

colorantes de contraste _____ Los adhesivos / cinta _____

IV. Atención Pediátrica

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

Name: _____ DOB: ____/____/____ Diagnosis: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Tiene actualmente su hijo a ver a cualquier especialista? Sí No - En caso afirmativo, indique a continuación:

Nombre del lugar Especialidad Especialista Fecha visto por última vez

¿Tiene su hijo a ver a un dietista / nutricionista? Sí No - Nombre: _____

¿Alguno de los siguientes exámenes médicos han hecho?

- serie GI superior exploración de la leche estudio de deglución de bario modificada
- endoscopia sonda de pH prueba (cromosoma) genética
- TC de la cabeza cabeza Resonancia magnética película de la edad ósea / radiografía
- las pruebas de alergia
- otro (especificar) _____
- Lugar y fecha de la prueba: _____

Por favor, enumere los medicamentos actuales de su hijo. (Incluya las vitaminas y otros medicamentos de venta libre):

¿Con qué frecuencia la dosis del medicamento: _____

Ha sido su hijo hospitalizado o requiere cirugía? Si no

En caso afirmativo, explicar y dar fechas: _____

Son vacunas de su hijo hasta la fecha? Si no

¿Cuál fue el peso del niño en su / su más reciente visita con el médico de cabecera? _____

(Por favor, traer el registro de la historia de peso / crecimiento si está disponible)

V. HISTORIA FAMILIAR:

¿Hay problemas médicos que se ejecutan en la familia? (? Los padres, hermanos, abuelos) Por favor, indique:

- Fibrosis quística enfermedad celíaca reflujo GE
- Enfermedad pulmonar enfermedad de Crohn Colitis ulcerosa
- Úlceras estomacales enfermedad hepática / cirrosis colon espástico / intestino irritable
- Enfermedad de tiroides Las alergias Asthma
- Retraso en el desarrollo Dificultades de aprendizaje Las anomalías genéticas
- Diabetes Enfermedad del corazón Salud mental

Otros (especificar) _____

VI. HISTORIA DE LA ALIMENTACIÓN

¿Cómo se alimenta a su hijo cuando era un bebé? botella de mama

How was your child fed as an infant? breast bottle _____

¿Su hijo tiene alguna dificultad con la lactancia materna o la alimentación con biberón? Si no

En caso afirmativo, describa _____

¿Cuántas fórmulas para lactantes ha utilizado? _____

Por favor enumere: _____

¿A qué edad su hijo coma alimentos para bebés a partir de una cuchara? _____

¿Él / ella tiene dificultad? Si no

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

Name: _____ DOB: ___/___/___ Diagnosis: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

En caso afirmativo, explique: _____

VII. ENTORNO COMER

¿De dónde viene su hijo por lo general sentarse durante las comidas?

asiento para bebés silla alta asiento elevador silla en la mesa
gradas niño niño deambula delante de la TV en brazos de vigilancia de inmuebles
en el regazo del cuidador
otro _____

¿En qué parte de la casa se alimenta a su hijo?

Cocina comedor sala caminando
Otros (especificar) _____

Con los que suele comer a su hijo / beber?

solo con padres con los hermanos con sus compañeros con la enfermera

¿A qué otros lugares come su niño / beber?

guardería colegio la casa de otro pariente en el coche

¿Tiene su hijo a hacer algo de lo siguiente durante una hora de la comida?

Negarse a comer Tries to get out of seat Spits out food Falls asleep
Gritos/gritos Mordazas / tos vómitos Lanza de alimentos / utensilios
Almacena alimentos en la boca

VIII. Alimentación / HABILIDADES actual de beber

Que alimenta a su hijo?

Madre Padre Hermano Abuelo enfermera
Profesor proveedor de cuidado infantil Otros (especificar) _____

Por favor, tenga en cuenta las habilidades de alimentación actuales de su hijo.

a. Cuchara alimenta? Sí No Si es así, el tipo de cuchara? _____

b. Niño se alimenta a sí mismo? Si no

alimentación dedo: comenzando un éxito parcial un éxito completo
Se alimenta con una cuchara: comenzando un éxito parcial un éxito completo

c. Bebe de mama? Si no

d. Beber de una botella? Si no

En caso afirmativo, ¿qué tipo de pezón: Regular ortodoncia Otros (especificar) _____

e. ¿Cómo se coloca a su hijo durante la alimentación?

sentado retenida Otros (especificar) _____

f. Cuando se ofrece la botella / de mama? _____

g. Beber de una taza? Sí No Si es así, el tipo de copa _____

H. Pajita? Si no

¿Qué tipos de líquido bebe su hijo? _____

¿Cuánto líquido bebe su niño por día?

0-8 oz 8-16 oz 16-24 oz 24-32 oz 32-40 oz >40 oz

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

Name: _____ DOB: ____/____/____ Diagnosis: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

Las texturas de los alimentos

Por favor, (X) la capacidad actual de su hijo a comer una variedad de texturas de alimentos:

Textura	Come con facilidad	Come con dificultad	Se niega / No puede Coma	Nunca intenté
Comida para bebé				
puré de comida de la mesa				
puré de comida de la mesa				
Los sólidos blandos dedo				
comida de la mesa picada (por ejemplo, panqueques)				
Tabla comida crujiente (por ejemplo, manzana, galletas)				
Difícil de masticar alimentos sólidos (por ejemplo, carne)				

Por favor, dar ejemplos de alimentos que su hijo va a comer de todos los grupos de alimentos (Food Group ejemplos)

Fruta _____

Granos (pan / cereales / Pasta / arroz) _____

Vegetales _____

Carnes / huevo / mantequilla de maní _____

Productos lácteos (leche / queso / yogur) _____

IX. EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN POR SONDA

¿Su hijo recibe alimentación por tubo: Sí No (Si no, omita esta sección)?

¿Cuál es el nombre y la especialidad del proveedor que le dice qué regalar a través del tubo?

Tipo de tubo utilizado: NG G G-J

fórmula utilizada: _____

Lista: (tiempos y cantidad dada incluir) _____

Otra Información / preocupaciones que le gustaría compartir con respecto a la alimentación / tragar para su hijo:

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

Name: _____ DOB: ____/____/____ Diagnosis: _____



phone/fax: (855) 454-3784

www.littlefieldpt.com

*****Debido a las alergias alimentarias, se solicita a todos los padres que lleven líquidos y sólidos / artículos de comida a la evaluación que su hijo va a comer, los artículos de su preferencia, así como otras texturas que está interesado en la evaluación. Si su hijo ha completado un estudio de bario Swallow Modificado (MBS), adjunte una copia del informe a este formulario.*****

Gracias por completar este formulario de admisión, ya que nos permite ayudar a su las necesidades individuales del niño.

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