

Kessler Institute for Rehabilitation Formulario de ingreso de pacientes

Únicamente para uso de la oficina

Fecha de ingreso: Recibido por:	N.º de historial _____ N.º R M _____ Nombre del hospital: _____ Paciente anteriormente: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Administrador del caso al Ingreso: Fecha del Ingreso al Egreso - Alta:
Diagnóstico 1 (Desc/ICD9):	Diagnóstico 2 (Desc/ICD9):	Fecha de cirugía/lesión/inicio: ¿Usa silla de ruedas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Información del paciente

Nombre del paciente: (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, - Sr., Jr., etc)		N.º SS: _____	
Dirección:		Ciudad	Estado: _____
Código postal:			
Teléfono: N.º teléfono alterno:	Fecha de Nac. (mm-dd-aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Desconocido
Fecha de lesión / Fecha de inicio	Relacionado con vehículos: <input type="checkbox"/> Sí - ¿Estado? ____ <input type="checkbox"/> No	Relacionado con trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y N.º de teléfono del ajustador:
Si recibe Workers Comp, ¿el accidente fue con el actual Empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, ¿quién era el empleador? _____ Ocupación:		Si es accidente de vehículo: Fecha del accidente: ___/___/___ Tipo de accidente: <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Otro	

¿Tiene Medicare? No Sí ¿Tiene Medicaid de NJ? Sí, ¿paquete A, B, C o D? No

¿Actualmente recibe Home Health Services? No Sí

Si la respuesta es Sí, nombre de la agencia y tipo de Home Health Services que recibe _____

Si la respuesta es No, ¿ha recibido servicios en los últimos 60 días? Sí No Última fecha de servicios: _____

¿Alguna vez le trataron con Terapia física ambulatoria anteriormente? No Sí ¿Era el mismo diagnóstico? Sí No

¿Vive actualmente en un Centro de cuidado de enfermería especializada? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el nombre del centro? _____

Si la respuesta es Sí, ¿está en la "Unidad Medicare"? Sí No

Información primaria de seguro

Nombre de la compañía de seguros:	N.º de póliza o reclamo:	N.º de grupo/Empleador de la póliza:
Nombre del dueño de la póliza:	Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro social
N.º de teléfono de la aseguradora:	N.º de teléfono del dueño de la póliza:	Relación del paciente con el dueño de la póliza: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro

Información secundaria de seguro (Respaldo en caso de vehículo, Workers Comp. o litigio)

Nombre de la compañía de seguros:	N.º de póliza o reclamo:	N.º de grupo/Empleador de la póliza:
Nombre del dueño de la póliza:	Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro social
N.º de teléfono de la aseguradora:	N.º de teléfono del dueño de la póliza:	Relación del paciente con el dueño de la póliza: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro

Información del empleador – Requerida para todos los pacientes con silla de ruedas

Nombre del empleador:	N.º de teléfono del empleador:	Estado del empleador: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Emp. independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante
Dirección:	Ciudad	Estado: _____
Código postal:		

Información de contacto de emergencia

Nombre del contacto:	N.º de teléfono	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otro
----------------------	-----------------	---

Información del médico

Nombre del médico que refiere:	N.º de teléfono:
Dirección (Sólo si el médico que refiere es nuevo):	Ciudad
Estado:	Código postal:

Oficina únicamente

Servicios: <input type="checkbox"/> TF <input type="checkbox"/> TO <input type="checkbox"/> TH <input type="checkbox"/> ORP <input type="checkbox"/> Otro	Horario: IE fecha / hora: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mie <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Terapeuta: _____ Comentarios / Nivel
Reconozco que la información anterior es correcta. Fecha: _____ Hora: _____ Firma: _____		

Si desea recibir noticias, avisos y consejos de salud de Kessler, incluya su dirección de correo electrónico:
_____ (No se compartirá su dirección de correo electrónico)

