



The Hospital of Central Connecticut

Rehabilitation Network

New Britain Campus
100 Grand Street
New Britain, CT 06050
860-224-5121

Bradley Memorial Campus
81 Meriden Avenue
Southington, CT 06489
860-276-5305

Berlin Office
15 Massirio Drive
Berlin, CT 06037
860-829-1300

Occupational Health Network
440 New Britain Avenue
Plainville, CT 06062
860-747-9441

Bienvenidos al Hospital of Central Connecticut Rehabilitation Network. Le damos las gracias por su preferencia, y haremos todo lo posible para superar sus expectativas y los resultados generales.

Durante su primera visita, usted recibirá una evaluación completa por un terapeuta físico, ocupacional o del habla con licencia. Su terapeuta trabajará con usted para identificar sus déficits funcionales, a partir de las cuales se fijarán objetivos específicos. Un plan de tratamiento individual se creará específicamente para usted.

Por favor, tenga en cuenta:

- Usted es responsable de determinar los límites de los beneficios de rehabilitación para pacientes ambulatorios y para obtener los formularios de referencia necesarios. La autorización no constituye una garantía de pago de los cargos. El paciente es en última instancia responsable de los cargos y co-pagos.
- Si usted llega tarde a una cita, puede que tengamos que reprogramar o acortar el tiempo de tratamiento. Si usted no puede asistir a su cita, por favor llame 24 horas antes de su cita.
- **DOS CANCELACIONES O DE NO PRESENTARSE NOMBRAMIENTOS RESULTAR EN SALIDA DEL PROGRAMA DE TERAPIA.** Mediante la programación de citas y no asisten, que limita la disponibilidad de los otros pacientes que necesitan citas. Además, interfiere con su capacidad para maximizar sus resultados con la terapia. Usted tendrá que obtener una nueva orden del médico de referencia antes de cualquier cita futura está programado.

Entiendo la información anterior y estoy de acuerdo con este programa:

Firma del paciente _____ Fecha _____

Valoramos sus comentarios, por lo que si en algún momento le gustaría compartir sus comentarios o preocupaciones, por favor no dude en ponerse en contacto conmigo directamente.

Robert Stair PT, MBA, Cert MDT
Director
HOCC Rehabilitation Network
Occupational Health Network
Telefono: 860-224-5121
Email: rstair@thocc.org

Historial Médico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Médico de Atención Primaria: _____ PCP número de teléfono: _____

Email: _____ Ebola screened: _____

¿Usted sufre de antecedentes de:			En los últimos 3 meses, ¿ha tenido:		
Diabetes	SI	NO	Un cambio en la salud	SI	NO
Hipertensión	SI	NO	Náuseas / vómitos	SI	NO
Enfermedad del Corazón	SI	NO	Fiebre / escalofríos / sudores	SI	NO
Cáncer	SI	NO	Cambio de peso inexplicable	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Entumecimiento u hormigueo	SI	NO
Alergias	SI	NO	Cambios en el apetito	SI	NO
Stroke	SI	NO	Dificultad tragando	SI	NO
Artritis	SI	NO	Cambios en el intestin /vejiga	SI	NO
Osteoporosis	SI	NO	Infección del tracto respiratorio	SI	NO
Dolores de cabeza	SI	NO	Dificultad para respirar	SI	NO
Dolor en la noche	SI	NO	Mareo	SI	NO
Asma	SI	NO	Otro	SI	NO

¿Está embarazada? SI NO
Si "sí", cuando es su fecha de
vencimiento? _____

Operaciones / huesos rotos / otros problemas
medicos: _____

¿Está tomando algún medicamento: SI NO
En caso afirmativo, por favor indique: _____

¿Tiene algún tipo de alergia: SI NO
En caso afirmativo, por favor indique: _____

En caso de una emergencia, por favor notifique: Nombre: _____

Telefono: _____