



## Información del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Actualmente trabaja? Sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor díganos quién lo refirió a nosotros: \_\_\_\_\_

---

## Información de facturación

¿Nos ha proporcionado una copia de su tarjeta de seguro? \_\_\_\_\_ Si no es así, proporciónenos la siguiente información:

1) **SEGURO PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_ No de identificación \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor principal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No de grupo \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Su relación con el suscriptor: Yo mismo: \_\_\_ Cónyuge: \_\_\_ Hijo: \_\_\_ Otro: \_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_ No de identificación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor principal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Su relación con el suscriptor: Yo mismo: \_\_\_ Cónyuge: \_\_\_ Hijo: \_\_\_ Otro: \_\_\_

## Informe del Estado de Dolor y Síntomas

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. Describa sus síntomas actuales: \_\_\_\_\_

2. ¿ Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_

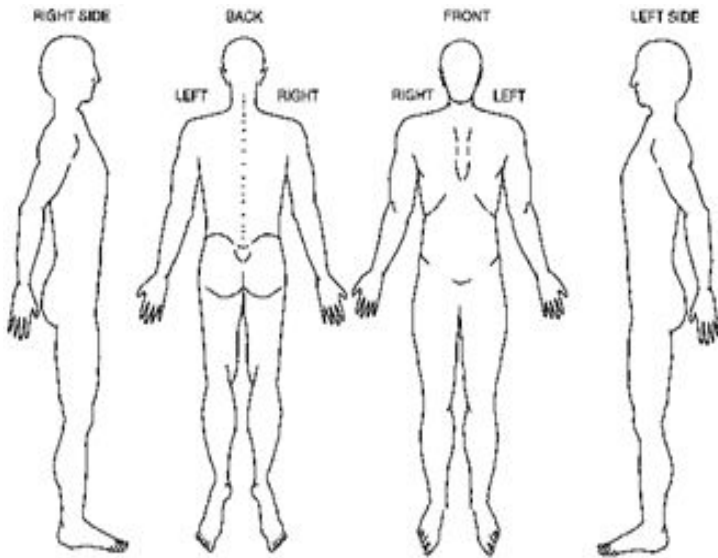
4. Mis síntomas actualmente estan: \_\_\_\_\_ Mejorando \_\_\_\_\_ Casi igual \_\_\_\_\_ Empeorando

5. Enumere los tratamientos previos que ha tenido para tratar la afección por la que lo estamos viendo hoy:  
\_\_\_\_\_

6. ¿Se ha caído en los últimos 12 meses? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

7. ¿Le han tomado radiografías, resonancia magnética, etc para el problema actual? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Utilice estos símbolos para anotar la ubicación de los síntomas: ^ Entumecimiento \*\* Hormigueo/agujas // Dolor



Encierre en un círculo el número que representa su *promedio* o nivel de dolor durante la última semana:

**Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor**

Encierre en un círculo el número que mejor represente su *peor* nivel de dolor durante la última semana:

**Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor**

Sufre de alergias? y cuales? \_\_\_\_\_

Mencione cualquier otra condición medica que actualmente tenga: \_\_\_\_\_

Que medicamentos esta tomando?: \_\_\_\_\_



## Consentimiento Para ofrecer Fisioterapia

La fisioterapia implica el uso de muchos tipos diferentes de evaluación y tratamiento físicos. En Chaux Physical Therapy, utilizamos una variedad de procedimientos y modalidades para mejorar su función. Como ocurre con todas las formas de tratamiento médico, existen beneficios y riesgos relacionados con la fisioterapia.

Dado que las respuestas físicas a un tratamiento específico pueden variar ampliamente de una persona a otra, no siempre es posible predecir con precisión sus respuestas a una determinada modalidad o procedimiento de terapia. No podemos garantizar con precisión cuáles podrían ser sus reacciones a un tratamiento en particular, ni podemos garantizar que nuestro tratamiento ayudará a la condición para la que está buscando tratamiento. También existe el riesgo de que su tratamiento pueda causar dolor o lesiones, o agravar condiciones previamente existentes.

Usted tiene todo el derecho de preguntarle a su fisioterapeuta qué tipo de tratamiento tiene planeado en función de su historial, diagnóstico, síntomas y resultados de las pruebas. También puede hablar con su terapeuta sobre los posibles riesgos y beneficios de un tratamiento específico. Tiene derecho a rechazar cualquier parte de su tratamiento en cualquier momento o durante su sesión de tratamiento.

Los ejercicios terapéuticos son una parte integral de la mayoría de los planes de tratamiento de fisioterapia. El ejercicio conlleva riesgos físicos inherentes. Si tiene alguna pregunta sobre el tipo de ejercicio que está realizando y los riesgos específicos asociados con sus ejercicios, su terapeuta estará encantado de responder cualquier inquietud.

**Yo Reconozco que mi programa de tratamiento ha sido explicado por Chaux Physical Therapy, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los riesgos asociados con un programa de Terapia Física como esbozo para mí, y deseo continuar.**

---

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha



## **Aviso privado**

### **HIPPA Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que Chaux Physical Therapy puede usar o divulgar mi información de salud personal (PHI) con el propósito de realizar un tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento. o pago.

Entiendo que tengo el derecho de restringir cómo se usa y divulga mi PHI para tratamiento, pago y operaciones administrativas si notifico a la práctica.

También entiendo que Chaux Physical Therapy considerará las solicitudes de restricciones caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricciones.

Por la presente doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi PHI para los fines indicados en el Aviso de prácticas de privacidad de Chaux Physical Therapy, que se muestra en el área de recepción y una copia del cual está disponible a pedido.

Entiendo que me reservo el derecho de revocar este consentimiento notificando a la práctica por escrito en cualquier momento. Al firmar este formulario, reconozco haber recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* para la fisioterapia Chaux.

---

Nombre del paciente (escriba claramente en letra de imprenta)

---

Firma del paciente

Fecha



## **Política de no Asisitir a las Terapias**

Lo apreciamos enormemente como nuestro paciente y nos esforzamos por lograr resultados óptimos y éxito para usted. Su adherencia a la cantidad recomendada de tratamientos es un componente vital de su progreso con nuestros servicios; por lo tanto, tenemos ciertas reglas que deben seguirse para garantizar los resultados más óptimos.

Con la excepción de emergencias graves, se espera que cumpla con todas sus terapias. Si necesita cambiar un día de terapia, llame a nuestra oficina y haga una nueva cita dentro de la misma semana. Nos reservamos el derecho de cobrarle una tarifa de \$ 75 por no cancelar una cita sin previo aviso de 24 horas o por no presentarse a una cita programada.

En casos de incumplimiento reiterado de sus visitas programadas, también nos reservamos el derecho de interrumpir el servicio de terapia. Por consiguiente, se le informará a su médico que su servicio ha sido discontinuado debido al incumplimiento de la orden de rehabilitación prescrita.

---

## **Política de Llegar Tarde a la Terapia**

En consideración a otros pacientes, el horario de su cita no se puede extender si no llega a tiempo. El terapeuta determinará si hay tiempo suficiente para brindar una atención de calidad en el tiempo restante para su cita programada. Si llega más de 10 minutos tarde, el terapeuta puede determinar que no hay tiempo suficiente para brindar el tratamiento adecuado y es posible que se le cobre nuestra tarifa de \$ 75 por la cita perdida.

---

Nombre del paciente

Firma

Fecha



## Formulario de Responsabilidad por Coronavirus Preventivo

Debido al brote del nuevo coronavirus, COVID-19, estamos tomando precauciones adicionales con cada paciente, que incluye: revisión del historial médico, así como prácticas de salubridad y desinfección.

Complete lo siguiente y firme a continuación.

Los síntomas de COVID-19 incluyen:

- Fiebre
- Nuevo dolor muscular generalizado
- Dolores de cabeza
- Pérdida del gusto y el olfato
- Fatiga
- Tos seca
- Dificultad para respirar
- Escalofríos
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con lo siguiente:

Entiendo los síntomas anteriores y afirmo que yo, así como todos miembros del hogar, no tienen actualmente ni han experimentado los síntomas enumerados anteriormente en los últimos 14 días.

Afirmo que yo, al igual que todos los miembros del hogar, no me han diagnosticado COVID19 en los últimos 30 días.

Afirmo que yo, al igual que todos los miembros del hogar, no he estado expuesto o diagnosticado con COVID-19 en los últimos 30 días.

Afirmo que yo, al igual que todos los miembros del hogar, no han viajado fuera del país ni a ninguna ciudad fuera de la nuestra que sea o haya sido considerada un “punto de riesgo” de infecciones por COVID-19 en los últimos 30 días.

Entiendo que esta empresa y mi fisioterapeuta no se hacen responsables de ninguna exposición al virus o cualquier otro contagio causado por información errónea en este formulario o el historial médico proporcionado por cada cliente.

Al firmar a continuación, acepto cada declaración anterior y libero al fisioterapeuta y a la empresa de toda responsabilidad por la exposición o daño no intencional debido al COVID-19.

Su fisioterapeuta y todos los empleados de esta instalación acuerdan que cumplen con estos mismos estándares y afirman los mismos. También afirmamos que hemos mejorado y ampliado nuestros protocolos de desinfección para combatir más a fondo la propagación del COVID-19 y otras condiciones transmisibles.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_