



CUESTIONARIO HISTORIA MÉDICA

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Género: *(Por favor marque uno)* M/F
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____

Información del empleador *(Debe ser completado para los pacientes de compensación del trabajador)*

Ocupación: _____ Empresa: _____
Nombre de Contacto: _____
Teléfono del trabajo: _____

¿Ha sido paciente aquí antes? *(Por favor marque uno)* Si/No

¿Es esta una lesión relacionada con los deportes? *(Por favor marque uno)* Si/No

-Si sí, la escuela y el deporte lista _____

Médico de referencia: _____ Número de teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____



Historial Médico Actual

Fecha de herida: _____

Tipo de lesión: Trabajo relacionado / Accidente de Auto (privado o seguro de automóvil) /
/Deportes relacionados / Otros (**Por favor circule uno**)

Medicamentos:

¿Fumas? (*Por favor marque uno*) SÍ/NO

¿Estas embarazada? (*Por favor marque uno*) SÍ/NO

Por favor marque lo que corresponda y explicar problemas médicos que tiene o ha tenido:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Carrera |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Alergia al latex |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Las fracturas |
| <input type="radio"/> Enfermedad del riñon | <input type="radio"/> Hepatitis A / B / C |
| <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Dolor de pecho |
| <input type="radio"/> convulsiones | <input type="radio"/> SIDA / VIH |
| <input type="radio"/> Alta presion sanguinea | <input type="radio"/> Problemas de espalda |
| <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides | <input type="radio"/> Falta de aliento |
| <input type="radio"/> Cirugía | |

Alergias:

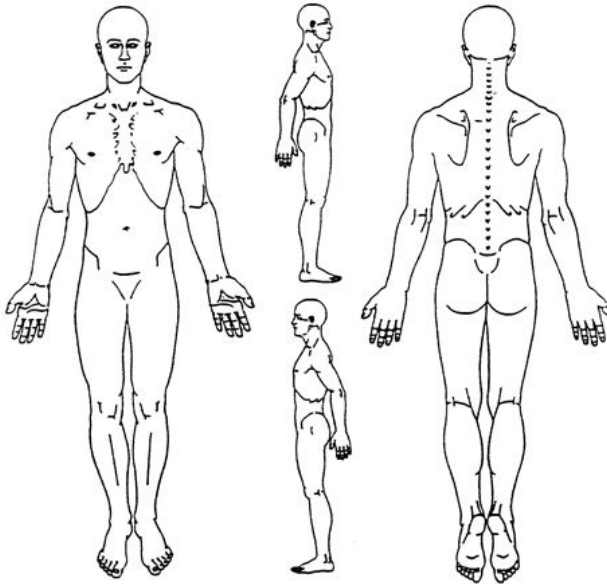
A lo mejor de mi conocimiento, toda esta información de la historia médica es correcta.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

**Por favor marque donde se siente
síntomas relacionada con su condición
actual.**

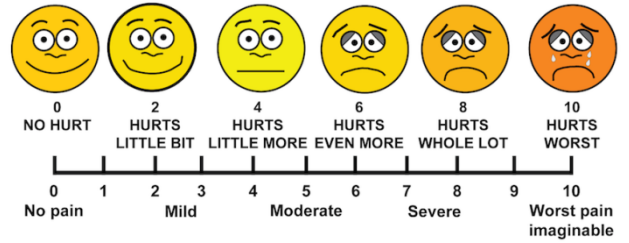


3. _____



Por favor circule su dolor dentro de las últimas 48 horas.

PAIN MEASUREMENT SCALE



Limitaciones físicas

** Durante la semana pasada, comprobar mejor respuesta en lo que respecta a sus síntomas actuales.*

El dolor de la calidad:

- Dolor sordo
- Afilado / apuñalamiento
- Hormigueo/entumecimiento
- Ardiente

Cambiando el grado de dolor:

- Mejorando
- Se mantiene igual
- empeoramiento

¿Despierta en la noche de este dolor?

- Sí
- No

Cuando se siente mejor?

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Dolor constante

Tolerancia vestir

- Incapaz
- El dolor aumenta
- Sin dolor

Tolerancia sentado

- Incapaz
- El dolor aumenta
- Sin dolor

Tolerancia conducir

- Incapaz
- El dolor aumenta
- Sin dolor

Vida social

- No pueden participar
- El dolor aumenta
- Sin dolor

Lista 3 problemas actuales para su visita de hoy:

1. _____
2. _____



COMPROMISO DEL PACIENTE Y POLÍTICAS DE CITAS PERDIDAS

Estimado paciente,

Nos esforzamos por ofrecer a nuestros pacientes con la máxima profesionalidad y excelencia de servicio. Nuestro compromiso con su bienestar y el aumento de sus capacidades físicas es algo que todos en nuestra clínica toma muy en serio.

Porque nos importa mucho de ti nos damos cuenta de que sería un mal servicio a que si no enfatizamos la importancia de su propio compromiso con el cuidado que necesita para recibir y las acciones que piden que haga.

Su adhesión 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 a fin de garantizar los resultados más óptimos. Se espera que mantenga todas sus citas programadas.

Se requiere un aviso de 24 horas para una cita para ser reprogramado. En tal caso, por favor llame a nuestra oficina y se encargará de una marca-hasta cita con nuestra recepcionista. Este nombramiento tiene que estar en la misma semana de la cita original, preferentemente al día siguiente. En una instancia de una cancelación sin preaviso de 24 horas o no-mostrar a una cita programada, nos reservamos el derecho a cobrar una **tarifa de \$50**.

La única excepción a la cuota de cancelación es en el caso de una emergencia. Si se repite cancelaciones de más de 2 sesiones, nos reservamos el derecho de interrumpir la atención y le informaremos a su médico sobre el hecho de que su servicio ha sido suspendido debido a la falta-el cumplimiento de la orden de rehabilitación prescrito.

Le apreciamos en gran medida como un paciente y nos esforzamos para lograr resultados maravillosos y éxito para usted.

Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Forma de Recordatorio

Como cortesía a nuestros pacientes, proporcionamos recordatorios de citas a través de texto o correo electrónico. Nuestro objetivo es ofrecerle los recordatorios más convenientes para sus citas.

Si desea utilizar esta función, por favor leer y firmar este formulario de consentimiento. Si prefiere no tomar parte en nuestro sistema de recordatorio de cita, no dude en dejar este formulario en blanco.

Seleccione una opción a continuación:

- Recordatorio por correo electrónico** Bryant Ortopédica Y Fisioterapia Deportiva pueden enviar mensajes de correo electrónico para confirmar mis próximas citas.

Mi correo electrónico es: _____

- RECORDATORIO DE TEXTO** Bryant Ortopédica Y Fisioterapia Deportiva pueden enviar mensajes de texto de teléfono celular para confirmar mis próximas citas.

Mi número de teléfono celular es: _____

Reconozco que se pueden aplicar tarifas de mensajes de texto normales.

Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____



BRYANT ORTHOPEDIC **& SPORTS PHYSICAL THERAPY**

Move More, Live Strong

Consentimiento Para el Tratamiento y Procedimientos Terapéuticos

Por la presente autorizo a los procedimientos terapéuticos descritos a continuación, a realizar por Bryant Ortopédica y Fisioterapia Deportiva.

Estoy de acuerdo en ser evaluados y tratados para la pérdida funcional debido a los nervios relacionados, muscular y esquelético disfunciones y / o dolor. Yo entiendo que los procedimientos terapéuticos pueden incluir, pero no se limitan a: las articulaciones y la movilización de los tejidos blandos, programas de ejercicios en casa, entrenamiento funcional que incluye: postura y mecánica corporal, modalidades, tales como el calor, el hielo, la estimulación eléctrica, y el ultrasonido y procedimientos especiales tales como: grabación, la estimulación eléctrica neuromuscular y entrenamiento de la vejiga. Yo entiendo que se explicará el propósito de los procedimientos terapéuticos antes de recibir tratamiento y que puedo rechazar cualquier procedimiento terapéutico o tratamiento en cualquier momento. Yo entiendo que puedo consultar con otros terapeutas y / o médicos en cualquier momento con respecto a mi condición. Yo entiendo que puedo comprar equipo de ejercicio de Bryant ortopédica y fisioterapia deportiva o de cualquier otra fuente.

Certifico que he leído y entendido, las declaraciones de consentimiento anteriores:

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por el presente acuerdo en pagar mi cuenta el servicio es prestado. Si por alguna razón hay un equilibrio que debe en mi cuenta, pagaré inmediatamente después de la recepción de la declaración. En circunstancias excepcionales, un plan de pago extendido se puede disponer a través Bryant Ortopédica y departamento de facturación Sports Physical Therapy. Estas disposiciones deben completarse dentro de los 10 días de mi visita inicial a la oficina. Por la presente asigno todos los beneficios de la terapia física para Bryant ortopédica y fisioterapia deportiva. Entiendo que si mis beneficios y / o la elegibilidad de seguros no cubren O aprobar el pago por servicios prestados por BRYANT ORTOPÉDICA Y DEPORTES TERAPIA FISICA, entonces yo soy financieramente RESPONSABLE Y acepta pagar todos los cargos relacionados con los servicios prestados. Esto incluye, pero no limitado a, los servicios considerados 'no-cubierto' o 'no es médicamente necesario' por mi seguro.

Aunque he solicitado Bryant ortopédica y fisioterapia deportiva para facturar a mi compañía de seguros en mi nombre, yo entiendo claramente que soy responsable DIRECTAMENTE A BRYANT ORTOPÉDICA Y DEPORTES TERAPIA FISICA PARA MI CUENTA INDEPENDIENTEMENTE DE LA SITUACIÓN DE MI demanda de seguro. También entiendo un cargo de \$ 25.00 se le cobrará por todos los cheques devueltos sin pagar.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



PORTABILIDAD DEL SEGURO MEDICO Y ACTO DE RENDICION DE CUANTAS RESUMEN DEL AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

Este resumen se proporciona como ayuda en la comprensión de la Notificación de Prácticas de Privacidad

El Aviso de prácticas de privacidad contiene una descripción detallada de cómo nuestra oficina para proteger su información de salud, sus derechos como paciente y nuestras prácticas comunes en tratamiento de la información de salud del paciente. Por favor refiérase a este aviso para más información.

Usos y Divulgación de Información de Salud.

Vamos a utilizar y divulgar su información de salud con el fin de tratar o para ayudarle a otros proveedores de salud en el tratamiento de usted. También vamos a utilizar y divulgar su información de salud con el fin de obtener el pago de nuestros servicios o para permitir que las compañías de seguros para procesar las reclamaciones de seguros por los servicios prestados a usted por nosotros u otros proveedores de atención médica. Por último, podemos revelar su información de salud para ciertas actividades operacionales limitados, tales como evaluación de la calidad, la concesión de licencias, la acreditación y la formación de los estudiantes.

Usos y Divulgaciones en Base a su Autorización.

Excepto como se indica con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad, no vamos a usar o divulgar su información médica sin su consentimiento por escrito.

Usos y Divulgaciones que no Requieren su Autorización.

En las siguientes circunstancias, podemos divulgar su información médica sin su autorización por escrito: A miembros de la familia que están involucrados en su atención médica; Para ciertos fines de investigación limitada; Para los propósitos de la salud y la seguridad pública; A las agencias gubernamentales para propósitos de sus auditorías, investigaciones y otras actividades de supervisión; A las autoridades gubernamentales para prevenir el abuso infantil o violencia doméstica; Para la FDA reportar el déficit de productos o incidentes; A las autoridades policiales para proteger la seguridad pública o para ayudar en la detención de los delincuentes; Cuando sea requerido por las órdenes judiciales, órdenes de registro, citaciones y como sea requerido por la ley.

Derechos del Paciente.

Como nuestro paciente, usted tiene los siguientes derechos: Para tener acceso y / o una copia de su información de salud; Para recibir un informe de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información médica; Para solicitar restricciones en cuanto a cómo se usa o divulga su información de salud; Para solicitar que nos comunicamos con usted en la confianza; Para solicitar que se corrija su información de salud; Para recibir notificación de nuestras prácticas de privacidad. Si tienes alguna pregunta, inquietud o queja sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor consulte el Aviso de prácticas de privacidad de la persona o personas a las que puede ponerse en contacto.

Reconozco que me proporcionó una copia del aviso de privacidad y que he leído (O ha tenido la oportunidad de leer si así lo eligió) y entendido el aviso.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre / persona autorizada si es necesario: _____