



CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Ha sido paciente aquí antes? SI NO

¿Es esta una lesión relacionada con el deporte? SI NO

Si es así, enumere la escuela y el deporte _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono celular : _____

Información del empleador (solo compensación de trabajadores)

Ocupación: _____ Empresa: _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono del trabajo: _____

CUESTIONARIO COVID

1. ¿Usted o alguien de su hogar ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días: **dolor de garganta, tos, escalofríos, dolores corporales por razones desconocidas, dificultad para respirar por razones desconocidas, pérdida del olfato, pérdida del gusto, fiebre MÁS DE 100 grados** ? **NO o SI**
2. ¿A usted o a alguien en su hogar se le hizo la prueba de COVID-19? **NO o SI**
 - a. A) En caso **afirmativo**, explique los resultados de la prueba: _____
3. ¿Usted o alguien de su hogar ha visitado o recibido tratamiento en un hospital, hogar de ancianos, atención a largo plazo u otro centro de atención médica en los últimos 30 días? **NO o SI**
4. ¿Ha viajado usted o alguien de su hogar a los Estados Unidos en los últimos 21 días? **NO o SI**
5. Hasta donde usted sabe, ¿ha estado cerca de alguna persona que dio positivo en la prueba de COVID-19? **NO o SI**
6. ¿Usted o alguien en su hogar ha cuidado a una persona que está en cuarentena o es un presunto positivo o ha dado positivo en la prueba de COVID-19? **NO o SI**
7. ¿Tiene alguna razón para creer que usted o alguien en su hogar ha estado expuesto al COVID-19 o lo ha adquirido? **NO o SI**



Médico remitente : _____ Número de teléfono: _____

Médico de atención primaria : _____ Número de teléfono: _____

HISTORIA MÉDICA ACTUAL

Fecha de la herida : _____

Tipo de herida: relacionada con el trabajo / accidente automovilístico (seguro privado o de automóvil) /
relacionada con los deportes / otra **(Por favor círculo uno)**

Medicamentos :

¿Fumas? **(Por favor círculo uno)** Sí NO
¿Estás embarazada? **(Por favor círculo uno)** Sí NO

Marque todo lo que corresponda y explique los problemas médicos que tiene o ha tenido anteriormente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Alergia al latex |
| <input type="checkbox"/> Nefropatía | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda |
| | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |

Alergias: _____

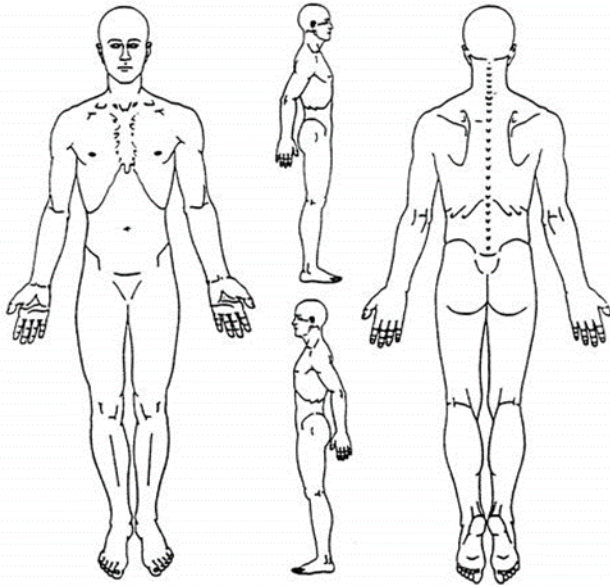
A mi leal saber y entender, toda esta información del historial médico es correcta.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/persona autorizada si es necesario: _____



Marque dónde siente los síntomas relacionado con su condición actual.



Enumere 3 problemas actuales para su visita de hoy:

1. _____
2. _____
3. _____

Marque con un círculo su dolor en las últimas 48 horas.

PAIN MEASUREMENT SCALE



Limitaciones físicas* *En la última semana, marque la mejor respuesta en lo que respecta a sus síntomas actuales.*

Calidad del dolor:

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

Cambio de grado de dolor:

- Mejorando
- Permanecer igual
- Empeoramiento

¿Te despiertas por la noche de este dolor?

- Sí, con qué frecuencia
- No

Me siento mejor

- Mañana
- Noche
- Dolor constante

Tolerancia al vestir

- Incapaz
- Aumenta el dolor
- Sin dolor

Tolerancia sentada

- Incapaz
- Aumenta el dolor
- Sin dolor

Tolerancia de conducción

- Incapaz
- Aumenta el dolor
- Sin dolor

Vida social

- Incapaz de participar
- Aumenta el dolor
- Sin dolor



POLÍTICA DE COMPROMISO DEL PACIENTE Y CITA PERDIDA

Estimado Paciente,

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

Debido a que nos preocupamos tanto por usted, nos damos cuenta de que sería un flaco favor para usted si no enfatizamos la importancia de su propio compromiso con la atención que necesita recibir y con las acciones que le pedimos que realice.

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. Se espera que cumpla con todas sus citas programadas.

Qué ponerse el primer día de terapia: Prepárese para moverse mucho durante la primera sesión de fisioterapia. Asegúrese de usar ropa con la que pueda moverse libremente y con seguridad. Cuando elija su ropa para su sesión de fisioterapia, también debe considerar la parte de su cuerpo en la que trabajará el terapeuta. Estas son algunas de las prendas de vestir comunes que puede elegir para una cita típica de fisioterapia:

- **Ropa diseñada para hacer ejercicio:** puede usar camisetas, pantalones de yoga, pantalones cortos de gimnasia apropiados o camisetas sin mangas apropiadas. (usar ropa reveladora está prohibido)
- **Calzado deportivo:** Puedes llevar zapatillas de gimnasia, deportivas o deportivas. Por lo general, no se recomiendan las sandalias y los Crocs a menos que su terapeuta se lo indique.

Se requiere un aviso con 24 horas de anticipación para reprogramar una cita. En tal caso, por favor llame a nuestra oficina y hacer arreglos para una cita con nuestra recepcionista. Esta cita debe ser en la misma semana de la cita original, preferiblemente el día siguiente. En un caso de una cancelación sin 24 horas de aviso o ninguna muestran a una cita programada, nos reservamos el derecho de cobrar un **cargo de \$ 50** .

La única excepción a la tarifa de cancelación es en caso de emergencia. **Si tiene cancelaciones de más de 2 sesiones, tenemos el derecho a modificar horario y luego informar a su médico sobre el hecho que su servicio ha sido suspendido debido a no - cumplimiento de la orden de rehabilitación prescrito.**

Lo apreciamos enormemente como paciente y nos esforzamos por lograr resultados maravillosos y éxito para usted.

Nombre en letra de imprenta: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/persona autorizada si es necesario: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA RECORDATORIO DE CITA

Como cortesía para nuestros pacientes, proporcionamos recordatorios de citas por mensaje de texto o correo electrónico. Nuestro objetivo es brindarle los recordatorios más convenientes para sus citas. Si desea utilizar esta función, lea y firme este formulario de consentimiento. Si prefiere no participar en nuestro sistema de recordatorio de citas, no dude en dejar este formulario en blanco.

Seleccione una de las siguientes opciones:

RECORDATORIO DE CORREO ELECTRÓNICO Bryant Orthopaedic and Sports Physical Therapy puede enviar mensajes de correo electrónico para confirmar mis próximas citas.

Mi correo electrónico es: _____

RECORDATORIO DE TEXTO Bryant Orthopaedic and Sports Physical Therapy puede enviar mensajes de texto por teléfono celular para confirmar mis próximas citas.

Mi número de teléfono celular es: _____

Reconozco que pueden aplicarse tarifas normales de mensajes de texto.

Nombre en letra de imprenta: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Por la presente doy mi consentimiento a los procedimientos terapéuticos descritos a continuación, que serán realizados por Bryant Orthopaedic and Sports Physical Therapy.

Acepto ser evaluado y tratado por pérdida funcional debido a disfunciones nerviosas, musculares y esqueléticas relacionadas y / o dolor. Entiendo que los procedimientos terapéuticos pueden incluir, entre otros: movilización de articulaciones y tejidos blandos, programas de ejercicios en el hogar, entrenamiento funcional que incluye: postura y mecánica corporal, modalidades, como calor, hielo, estimulación eléctrica y ultrasonido, y procedimientos especiales. tales como: vendaje, estimulación eléctrica neuromuscular y entrenamiento de la vejiga. Entiendo que se me explicará el propósito de los procedimientos terapéuticos antes de recibir el tratamiento y que puedo rechazar cualquier procedimiento o tratamiento terapéutico en cualquier momento. Entiendo que puedo consultar con otros terapeutas y / o médicos en cualquier momento sobre mi condición. Entiendo que puedo comprar equipo de ejercicio de Bryant Orthopaedic and Sports Physical Therapy o de cualquier otra fuente.

Tenga en cuenta: Somos una empresa privada y nos reservamos el derecho de rechazar servicios a cualquier paciente: incluidos invitados groseros o enojados, pacientes con ropa inapropiada, aquellos que no están dispuestos a cumplir con las pautas de los CDC, pacientes con heridas abiertas y con fugas fuera de nuestro alcance de PT de práctica

Al firmar a continuación, certifica que ha leído, comprende y está de acuerdo con las declaraciones y/o políticas anteriores establecidas en la admisión del paciente.

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente, acepto pagar mi cuenta COMO SE PROPORCIONAN LOS SERVICIOS. Si por alguna razón hay un saldo adeuda en mi cuenta, pagaré de inmediato al recibir el estado de cuenta. En circunstancias excepcionales, se puede organizar un plan de pago extendido a través del departamento de facturación de fisioterapia deportiva y ortopédica de Bryant. Estos arreglos deben completarse dentro de los 10 días posteriores a mi visita inicial a la oficina. Por la presente asigno todos los beneficios de fisioterapia a Bryant Orthopaedic and Sports Physical Therapy.

Entiendo que si mis beneficios de seguro y / o elegibilidad NO CUBREN O APRUEBAN EL PAGO DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR BRYANT ORTHOPEDIC AND SPORTS PHYSICAL THERAPY, ENTONCES SOY RESPONSABLE FINANCIERAMENTE Y ACEPTÓ PAGAR TODOS LOS CARGOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS. Esto incluye, pero no limitado a, los servicios considerados 'no - cubierto' o 'no es médicamente necesario' por mi seguro.

Aunque solicité a Bryant Orthopaedic and Sports Physical Therapy que facturara a mi compañía de seguros en mi nombre, ENTIENDO CLARAMENTE QUE SOY RESPONSABLE DIRECTAMENTE DE BRYANT ORTOPEDIC Y DEPORTIVO FÍSICO PARA MI CUENTA INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE MI RECLAMO DE SEGURO. También entiendo que se cobrará una tarifa de \$25.00 por todos los cheques devueltos sin pagar.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Firma del padre/persona autorizada si es necesario: _____



LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Este resumen se proporciona para ayudarlo a comprender el Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad contiene una descripción detallada de cómo nuestra oficina protegerá su información médica, sus derechos como paciente y nuestras prácticas comunes en el tratamiento de la información médica del paciente. Consulte este Aviso para obtener más información.

Usos y divulgación de información médica.

Usaremos y divulgaremos su información médica para brindarle tratamiento o para ayudar a otros proveedores de salud a brindarle tratamiento. También usaremos y divulgaremos su información médica para obtener el pago de nuestros servicios o para permitir que las compañías de seguros procesen las reclamaciones de seguros por los servicios que le prestemos nosotros u otros proveedores de atención médica. Por último, podemos divulgar su información médica para determinadas actividades operativas limitadas, como la evaluación de la calidad, la concesión de licencias, la acreditación y la formación de estudiantes.

Usos y divulgaciones basados en su autorización.

Salvo que se indique con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad, no usaremos ni divulgaremos 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 limitados; Para fines de salud y seguridad públicas; A agencias gubernamentales para propósitos de sus auditorías, investigaciones y otras actividades de supervisión; A las autoridades gubernamentales para prevenir el abuso infantil o la violencia doméstica; A la FDA para informar sobre deficiencias o incidentes de productos; A las autoridades policiales para proteger la seguridad pública o para ayudar a detener a los delincuentes; Cuando sea requerido por órdenes judiciales, órdenes de registro, citaciones y según lo requiera la ley.

Derechos del paciente .

Como nuestro paciente, usted tiene los siguientes derechos: Tener acceso y / o una copia de su información médica; Recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información médica; Para solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga su información médica; Para solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; Para solicitar que enmendemos su información médica; Recibir notificación de nuestras prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, inquietud o queja con respecto a nuestras prácticas de privacidad, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de la persona o personas con las que puede comunicarse.

Reconozco que me proporcionó una copia del aviso de privacidad y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si así lo elegí) y comprendí el aviso.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Firma del padre/persona autorizada si es necesario: _____