Datos del paciente

Nombre _____ SN _____ Apellido _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de Seguridad Socia _____

Dirección postal actual _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (fijo) _____ (Celular) _____ Correo electrónico _____

Consentimiento para recibir información por correo electrónico

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, entiendo que el personal autorizado de Armor Physical Therapy puede comunicarse conmigo para tratar asuntos relacionados con la programación, el tratamiento, la educación sanitaria e información promocional.

☐ No doy mi consentimiento para las comunicaciones por correo electrónico.

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ de texto/SMS ☐ Correo electrónico

Género ☐ Masculine ☐ Feminino ☐ Prefiero no responder **Estado civil** ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Idioma de preferencia ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____ ☐ Necesito un traductor

¿Esta visita está relacionada con una lesión? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, marcar el tipo: ☐ Trabajo

☐ Accidente automovilístico ☐ Otra responsabilidad/Posible demanda

Si marcó sí, por favor, complete la página 7 de este documento.

¿Cómo supo de nosotros?

☐ Médico ☐ Seguro ☐ Correo directo ☐ Evento de correo ☐ Google ☐ Facebook ☐ Paciente recurrente

☐ Amigo/Familia (nombre): _____ ☐ Otro: _____

Información del Seguro

Compañía de seguros primaria _____ Número de póliza _____

Nombre del asegurado _____ ☐ Yo ☐ Otro _____

Fecha de nacimiento del asegurado primario _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros secundaria _____ Número de póliza _____

Nombre del asegurado _____ ☐ Yo ☐ Otro _____

Fecha de nacimiento del asegurado primario _____ Relación con el paciente _____

Información del empleador

Empleador titular del seguro _____ Teléfono _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Mi firma a continuación concede mi permiso para que Armor Physical Therapy hable sobre mi información médica protegida con las personas antes mencionadas, incluyendo las citas, la facturación, el pago y la información médica (síntomas, diagnóstico, tratamiento).

☐ Doy mi consentimiento para hablar solo sobre la siguiente información médica protegida con mis contactos de emergencia: _____

La cancelación de esta autorización debe presentarse por escrito.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es completa, verídica y exacta.

Firma del paciente/tutor _____ **Fecha** _____

Cuestionario de salud del paciente

Nombre del pacient_____

Médico remitente _____ Fecha de la primera visita al médico por esta lesión _____

Médico primario si es diferente que médico referente _____

¿Lo han operado por esta lesión? ☐ Sí ☐ No Número de cirugías _____

Tipo de cirugía _____ Altura: _____ft _____ in Peso: _____lb

Ocupación

¿Está trabajando actualmente? ☐ Trabajo ligero ☐ Trabajo completo ☐ No estoy trabajando

Si no está trabajando, fecha de la última vez que trabajó): _____

Historial de caídas

¿Cuántas caídas?_____ ¿Lesionado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, la última vez: ☐ Últimas 6 semanas ☐ Últimos 6 meses ☐ Últimos 12 meses ☐ Más de un año

Síntomas

¿Por qué problema(s) está siendo tratando hoy? (Describa el tipo y la ubicación de los síntomas)

_____

¿En qué fecha (aproximadamente) comenzaron los síntomas que presenta en este momento?

_____

¿Cómo comenzaron sus problemas?_____

Mis síntomas están actualmente ☐ Mejorando ☐ Empeorando ☐ Se mantienen igual

Mis síntomas actualmente ☐ Aparecen y desaparecen ☐ Son constantes ☐ Son constantes, pero cambian con la actividad

EVALUACIÓN DEL DOLOR											
Por favor, realice una evaluación del dolor en la escala presentada a continuación donde 0 significa ausencia de dolor y 10 es el peor dolor que pudiera imaginar.											
	N/A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor en reposo	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Dolor al realizar actividades	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Rango de dolor (de menor a mayor intensidad)	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

FACTORES AGRAVANTES		FACTORES ATENUANTES	
Por favor, indique los factores agravantes del dolor (por ejemplo, el movimiento)		Por favor, indique los factores atenuantes del dolor (por ejemplo, acostarse)	
1		1	
2		2	
3		3	

PROBLEMAS FUNCIONALES	
Por favor, enumere todos los problemas funcionales que presenta actualmente debido a su diagnóstico.	
1	
2	
3	

¿Cuál es su objetivo con respecto a la terapia? _____

¿Hay algo más que deberíamos saber que sea pertinente para su tratamiento?_____

_____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es completa, verídica y exacta.

Firma del paciente/tutor _____ **Fecha** _____

Cuestionario de salud del paciente (continuación)

¿Ha tenido alguno de los siguientes servicios médicos o de rehabilitación para esta lesión/episodio?

Quiropráctico	☐ Sí ☐ No	Tomografía axial computarizada	☐ Sí ☐ No
EMG/NCV	☐ Sí ☐ No	Médico general	☐ Sí ☐ No
Terapia de masaje	☐ Sí ☐ No	IRM	☐ Sí ☐ No
Mielografía	☐ Sí ☐ No	Neurólogo	☐ Sí ☐ No
Terapia ocupacional	☐ Sí ☐ No	Ortopedista	☐ Sí ☐ No
Fisioterapia	☐ Sí ☐ No	Podólogo	☐ Sí ☐ No
Sala de emergencias	☐ Sí ☐ No	Rayos X	☐ Sí ☐ No

Otros: _____

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

Asma, bronquitis o enfisema	☐ Sí ☐ No	Dolores de cabeza severos o frecuentes	☐ Sí ☐ No
Dificultad para respirar/dolor en el pecho	☐ Sí ☐ No	Problemas de visión o audición	☐ Sí ☐ No
Enfermedad coronaria o angina de pecho	☐ Sí ☐ No	Entumecimiento u hormigueo	☐ Sí ☐ No
Marcapasos o desfibrilador	☐ Sí ☐ No	Mareos o desmayos	☐ Sí ☐ No
Hipertensión arterial	☐ Sí ☐ No	Debilidad	☐ Sí ☐ No
Ataque al corazón o cirugía	☐ Sí ☐ No	Pérdida de peso/pérdida de energía	☐ Sí ☐ No
Accidente cerebrovascular/AIT	☐ Sí ☐ No	Hernia	☐ Sí ☐ No
Coágulo de sangre/émbolos	☐ Sí ☐ No	Várices	☐ Sí ☐ No
Epilepsia/convulsiones	☐ Sí ☐ No	Alergias	☐ Sí ☐ No
Problemas tiroideos/bocio	☐ Sí ☐ No	Clavos o implantes de metal	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Prótesis articular	☐ Sí ☐ No
Enfermedades infecciosas	☐ Sí ☐ No	Lesión en el cuello/cirugía	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Lesión en el hombro/cirugía	☐ Sí ☐ No
Cáncer o quimioterapia/radiación	☐ Sí ☐ No	Lesión en el codo o mano/cirugía	☐ Sí ☐ No
Artritis/articulaciones inflamadas	☐ Sí ☐ No	Lesión en la espalda/cirugía	☐ Sí ☐ No
Osteoporosis	☐ Sí ☐ No	Lesión en la rodilla/cirugía	☐ Sí ☐ No
Gota	☐ Sí ☐ No	Lesión en la pierna, tobillo o pie/cirugía	☐ Sí ☐ No
Dificultades/problemas para dormir	☐ Sí ☐ No	¿Está embarazada?	☐ Sí ☐ No
Problemas emocionales/psicológicos	☐ Sí ☐ No	¿Fumas?	☐ Sí ☐ No

Medicamentos

Por favor, indique cualquier alergia (por ejemplo, al látex, a los adhesivos) _____

En caso afirmativo, ¿de cuántas semanas? _____

¿Actualmente está tomando medicamentos recetados o sin receta? ☐ Sí ☐ No

☐ Antiinflamatorios

☐ Relajantes musculares

☐ Analgésicos

Enumere los medicamentos _____

_____

_____

_____

_____

_____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es completa, verídica y exacta.

Firma del paciente/tutor _____ **Fecha** _____

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____ **N.° de historia clínica/N.° de cuenta** _____
(solo para uso interno)

Por la presente, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Armor Physical Therapy.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Cuando el paciente es menor de edad, o no es competente para dar su consentimiento, se requiere la firma de un padre, tutor u otro representante legal.

Firma del Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de molde del Representante Legal: _____

Descripción de la Autoridad Representativa Legal: ☐ Padre ☐ Poder legal médico (adjuntar documentación) ☐ Otro

Explicar y adjuntar documentación: _____

Consentimiento y Declaración de Responsabilidad Financiera

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____ **N.° de historia clínica/N.° de cuenta** _____
(solo para uso interno)

Por la presente, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica para el tratamiento proporcionado por Armor Physical Therapy el pago por los servicios prestados por el Proveedor u otros proveedores de asistencia médica y las operaciones del Proveedor y otros en determinadas circunstancias. Entiendo que una explicación más detallada de las formas en que **Armor Physical Therapy** puede usar y divulgar mi información de salud está contenida en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor, del cual he recibido una copia.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO _____ *Escriba sus iniciales aquí*

Nuestro objetivo es proporcionar la mejor calidad de atención en un entorno seguro, en el cual los pacientes pueden recibir tratamiento, y el personal puede llevar a cabo sus responsabilidades profesionales con los pacientes. En nuestro esfuerzo por lograr este objetivo, exigimos que todos los pacientes, los familiares acompañantes y los visitantes se abstengan de cualquier comportamiento perturbador, que pueda suponer una amenaza para los derechos o la seguridad de otros pacientes y empleados. En consecuencia, nuestros pacientes acuerdan abstenerse de realizar las siguientes acciones: (1) llevar armas de fuego u otras armas a la clínica; (2) tener un comportamiento inapropiado que involucre el uso de alcohol/sustancias durante el tratamiento; (3) intentar intimidar u hostigar de cualquier manera a terapeutas, personal u otros pacientes; (4) tocar inapropiadamente a terapeutas, personal u otros pacientes; (5) proferir insultos raciales o culturales u otros comentarios despectivos asociados con, pero no limitados a la raza, el idioma o la sexualidad; (6) hacer declaraciones hostiles, ofensivas o intimidatorias, o amenazas de violencia a través de cualquier medio de comunicación; (7) amenazar verbalmente para dañar a otra persona o destruir una propiedad; (8) infligir daño corporal o asalto físico; y (9) dañar intencionalmente el equipo o la propiedad. Se puede solicitar a los infractores de las acciones antes mencionadas que abandonen la instalación y/o sean dados de alta de la clínica. Nuestros pacientes tienen derecho a servicios de terapia física sin discriminación por raza, color, religión, sexo, orientación sexual u origen nacional. Mi firma a continuación indica que apoyaré a la clínica en sus esfuerzos por brindarme atención de calidad en un entorno seguro y que entiendo y acepto los términos del Código de conducta del paciente.

CONSENTIMIENTO DE REGISTROS FINANCIEROS Y SEGURO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS _____ *Escriba sus iniciales aquí*

Certifico que la información que recibí al solicitar el pago bajo el título XVIII de la Ley de Seguridad Social u otros operadores financieros es correcta. Asigno el pago directamente a **Armor Physical Therapy** por los cargos no pagados. Acepto pagar a **Armor Physical Therapy** por estos servicios y suministros de acuerdo con sus tarifas y cargos regulares en el momento en que se prestan estos servicios y suministros. Entiendo que soy responsable de los deducibles de seguro médico, coseguro y cualquier monto no pagado por mi compañía aseguradora. Si esta cuenta es morosa, acepto pagar todos los gastos, incluyendo, pero no limitado a los gastos de cobranza, costos judiciales y los honorarios del abogado incurridos por **Armor Physical Therapy** en la recaudación de esta cuenta.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN CON RESPECTO A LOS EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS _____ *Escriba sus iniciales aquí*

Doy mi consentimiento para permitir que **Armor Physical Therapy** divulgue mis registros de tratamiento ambulatorio a proveedores de equipos médicos duraderos para simplificar el pedido de mi equipo médico duradero. La información específica divulgada será una hoja de información del paciente, pedidos del médico e información seleccionada para procesar el pedido de mi equipo médico duradero.

CANCELACIÓN Y POLÍTICA DE INASISTENCIA _____ *Escriba sus iniciales aquí*

Se espera que los pacientes asistan a todas las citas programadas para maximizar los beneficios de su plan de tratamiento. Si un paciente no puede hacer una cita programada, se espera que avise con 24 horas de anticipación o, de lo contrario, se le puede cobrar una tarifa de cancelación de $30. No asistir a dos (2) citas consecutivas pueden resultar en la interrupción del horario de citas actual para la terapia involucrada. Un patrón de ausencias frecuentes (cancelación y/o inasistencia) se considerará problemático y dará lugar a la interrupción de los servicios. Las ausencias planificadas de la terapia programada no se considerarán cancelaciones o inasistencias. Si un paciente entrega una notificación de una ausencia planificada, su cronograma en curso puede colocarse en «espera» por hasta dos (2) semanas. Es posible que deba programarse un nuevo horario de prescripción y citas dependiendo del tiempo que haya transcurrido.

AVISO SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN AL USUARIO DE SERVICIOS TELEFÓNICOS _____ *Escriba sus iniciales aquí*

Para prestar el servicio a su cuenta o cobrar cualquier cantidad que deba, puede contactarme por teléfono a cualquier número de teléfono asociado a mi cuenta, incluyendo los números de teléfono inalámbricos, lo que podría resultar en un cargo para mí. También pueden contactarme a través de mensajes de texto o correos electrónicos, usando una dirección de correo electrónico que proporciono para su uso. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o artificiales y/o el uso de un dispositivo de discado automático, según corresponda.

Este Proveedor realiza recordatorios automáticos de llamadas, correos electrónicos y citas de texto. La firma a continuación también brinda su consentimiento para tales recordatorios.

Mi firma a continuación indica que entiendo los términos del tratamiento de Armor Physical Therapy.

Nombre del paciente/tutor _____ **Firma** _____ **Fecha** _____

Medicare como Pagador secundario

(Complete solo si está inscrito en Medicare)

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____ **N.° de historia clínica/N.° de cuenta** _____
(solo para uso interno)

Como resultado directo de las regulaciones obligatorias de Medicare como Pagador Secundario (MSP), debemos recopilar la siguiente información para determinar si Medicare es su seguro primario.

1. ¿La enfermedad/lesión se debe a un accidente automovilístico, un accidente de responsabilidad o una indemnización laboral? ☐ Sí ☐ No
2. ¿La enfermedad está cubierta por el Programa Federal de Neumoconiosis o el Programa de Administración de Veteranos? ☐ Sí ☐ No
3. Si es menor de 65 años, ¿es usted paciente de diálisis renal en sus primeros 30 meses de derecho a Medicare? ☐ Sí ☐ No
4. Si es menor de 65 años, está discapacitado y está cubierto por un Plan de Salud Grupal del empleador, ¿el empleador tiene más de 100 empleados?] ☐ Sí ☐ No
5. Si tiene 65 años o más, ¿usted o su cónyuge están empleados por una empresa que tenga más de 100 empleados y ¿están cubiertos por un Plan de Salud Grupal? ☐ Sí ☐ No

USO INTERNO:
Si el paciente responde «no» a las preguntas 1-5, Medicare es el seguro médico principal. Si el paciente responde «sí» a cualquier pregunta, Medicare es el seguro secundario y, por lo tanto, se debe obtener información con respecto al seguro médico primario.
ASEGÚRESE DE QUE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO SE HAYA COMPLETADO.

Sección de salud en el hogar-REQUERIDO

¿Ha recibido/está recibiendo servicios de atención médica de uno de los siguientes:

Centro de Enfermería Especializada ☐ Sí ☐ No

Agencia de Salud en el Hogar ☐ Sí ☐ No

Fecha de alta: _____ ¿Tiene una copia de su carta de alta? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la Agencia de Salud en el Hogar _____ N.° de teléfono _____

Esta declaración sirve como notificación de que, si todavía está recibiendo servicios de Enfermería Especializada o de Salud en el Hogar, es posible que sea financieramente responsable del tratamiento recibido en nuestra clínica.

Protocolo para resolver las quejas sobre Medicare hechas por sus mismos beneficiarios

El paciente tiene derecho a expresar sus quejas y recomendar cambios en la atención o los servicios sin temor a represalias o interrupciones irrazonables de los servicios. Todas las quejas se manejarán de manera profesional. El gerente de la oficina responderá por escrito o por teléfono a todas las quejas registradas y el oficial de cumplimiento investigará dentro de cinco (5) días hábiles después de haber recibido la queja. Si no hay una resolución satisfactoria de la queja, el siguiente nivel de gestión será notificado progresivamente y hasta un propietario de la empresa.

Firma del paciente/tutor _____ **Fecha** _____

Cuestionario de cobertura de terceros

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____ **N.° de historia clínica/N.° de cuenta** _____
(solo para uso interno)

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD POR LESIONES

La naturaleza de su lesión puede alertar a su compañía de seguro médico sobre posibles responsabilidades. Completar este formulario en su totalidad le permite a Armor Physical Therapy brindar una respuesta rápida a esas consultas y evitar demoras en el procesamiento de sus reclamos.

¿Se trata de una lesión laboral? ☐ Sí ☐ No ¿Se trata de una lesión por accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido/tiene la intención de presentar un reclamo contra una empresa o póliza de seguro de propiedad? ☐ Sí ☐ No

Si respondió NO a las preguntas anteriores, no es necesario completar el resto de este formulario. Por favor, firme y coloque la fecha al final de esta página.

Información sobre lesiones

Fecha de la lesión/aparición de la condición/exacerbación reciente? _____

Describa en detalle cómo ocurrió la lesión _____

_____

Nombre específico y lugar donde ocurrió la lesión (por ejemplo: tienda, restaurante, intersección, etc.)

_____

¿Quién es responsable del accidente? ☐ Yo ☐ Otros, describir _____

Seguro de la Parte Responsable _____ N.° de reclamo _____

Dirección _____

Nombre del Ajustador _____ Teléfono del Ajustador _____

Seguro personal _____ N.° de reclamo _____

Dirección _____

Nombre de contacto _____ Teléfono de Contacto _____

La información anterior es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Acepto notificar inmediatamente a Armor Physical Therapy sobre cualquier cambio en esta información.

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

Cuando el paciente es menor de edad, o no es competente para dar su consentimiento, se requiere la firma de un padre, tutor u otro representante legal.

Firma del Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de molde _____

Descripción de la Autoridad Representativa Legal: ☐ Padre ☐ Poder Legal Médico ☐ Otro _____
Explicar y adjuntar documentación