

# Examen Médico De Fisioterapia

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de cita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo: ¿Hombre o mujer? Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Estudiante?: (Tiempo Completo/ Tiempo Parcial)

Estado Civil: : \_\_\_\_\_ Numero de seguro social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchaste de nosotros? \_\_\_\_\_

## Sintomas:

¿Dónde se encuentra tu síntoma principal? \_\_\_\_\_

¿Aproximadamente en qué fecha empezaron tus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Cómo empezaron tus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido este problema? (Si / No ) En caso que si, por favor responda las próximas preguntas:

¿Qué tratamientos ayudaron? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos fallaron? \_\_\_\_\_

## Historia Médica del Pasado:

- Cancer
- Diabetes I or II
- Derrame Cerebral
- Coagulo de sangre
- Marcapasos
- Depresion
- Asimiento
- Ulceras
- Presion Alta

- Enfermedad Cardiaca
- Enfermedad Hepática
- Enfermedad Renal
- Enfermedad Pulmonar
- Asma
- Fibromialgia
- Osteoporosis
- Osteoartritis
- Artritis Reumatoide

Alergias: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Enfermedades recientes \_\_\_\_\_

## Recientemente tengo experiencia de:

- Fiebre/Escalofríos/Sudores
- Pérdida de peso inexplicable
- Aumento de dolor por la noche
- Dificultad para tragar
- Dificultad hablando
- Mareo
- Equilibrio pobre/Caidas
- Cambio de vision
- Entumecimiento/Hormigueo

- Nausea/Vomitos
- Dolor de pecho
- Dificultad para respirar
- Cambios de apetito
- Dolor con comidas
- Dolor inusual con la menstruación
- Cambios en el control, hábitos or  
aparencia del intestino o la vejiga

¿En el mes pasado, se ha sentido molesto/a, deprimido/a o desesperado/a ? SI / NO

¿En el mes pasado has sentido poco interés o placer en hacer las cosas? SI/ NO

¿Son estos sentimientos algo con lo que le gustaría recibir ayuda? SI / SI, pero hoy no / NO

## Cuestionario Subjetivo Del Paciente

Por favor indica cómo empezó su dolor:

- Trauma
- Accidente de trabajo
- Cirugía (Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)
- Otra razón (explica) \_\_\_\_\_
- Fechas en las que no pudo trabajar debido a una lesión: \_\_\_\_\_
- Fechas en que estuvo hospitalizado: \_\_\_\_\_
- Accidente de vehículo
- Embarazo
- Dolor crónico
- Progresivo
- Lesión deportiva

¿Ha recibido fisioterapia este año? SI / NO

¿Ha tenido alguno de los siguientes estudios diagnósticos? SI / NO

	NO	SI	Fecha (año)	Donde
Rayos-X:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Tomografía Computarizada:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Resonancia Magnética:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Otro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____

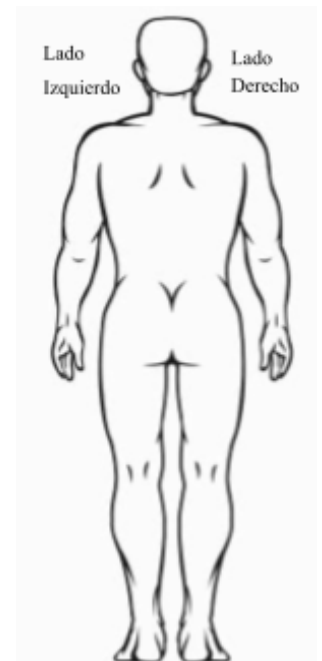
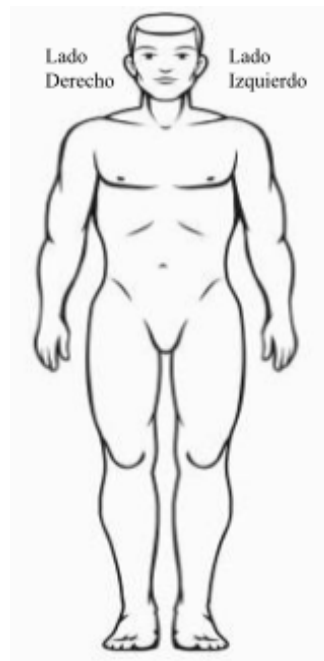
En los diagramas corporales marque y etiquete las áreas principales de preocupación:

En la línea de abajo, por favor indique a su nivel de dolor entre el 1 y el 10 y marque (con una "X") ;a cantidad ,máxima y mínima de dolor que siente al diario:

No dolor ----- Peor dolor posible  
 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

¿Qué actividades empeoran su dolor? (Marque con (X) todo lo que aplica)

- Acostado boca arriba
- Doblandose hacia adelante
- Doblándose hacia atrás
- Sentándose
- Toser/Estornudar
- Torsión del cuerpo
- Otro \_\_\_\_\_
- Fin del día
- Durante ejercicio
- Después de ejercicio
- De pie
- Temprano en la mañana
- Caminando
- Nada



Inicial: \_\_\_\_\_



## Consentimiento Para Tratamiento

1. Me he presentado a este establecimiento para tratamientos de terapia y doy mi consentimiento para la atención (historial, examen físico ,tratamiento, etc.) que me brinda mi terapeuta.
2. Me di cuenta de que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento o procedimiento en la medida en que lo permita la ley. Reconozco que la prestación de atención médica no garantiza los resultados de ningún tratamiento en este establecimiento. Entiendo que la información de cualquier expediente médico guardado por el establecimiento puede usarse con propósitos educativos cuando no se revele mi identidad personal.
3. Por la presente autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar mi seguro y autorizar el pago directamente al proveedor del servicio. Soy responsable de cualquier servicio que no esté cubierto por esta autorización. He leído y entiendo completamente el Formulario de Responsabilidades Financieras del Paciente.
4. **Compensación al Trabajador:** Por la presente autorizo a Limitless Physical Therapy a recibir mis registros relacionados con mi lesión laboral.

## Aviso de Prácticas de Privacidad:

Al firmar este formulario, reconozco que Limitless Physical Therapy ha puesto a mi disposición su 'Aviso de Privacidad' que explica cómo se maneja mi información médica en diversas situaciones . Entiendo que puedo discutir mis inquietudes y/o cualquier pregunta que tenga con respecto a este 'Aviso de Privacidad' con representantes de Limitless Physical Therapy.

## Autorizacion:

Reconozco, como se indica en mi firma, que he leído y entiendo completamente este formulario reconozco mi comprensión del 'Aviso de Prácticas de Privacidad' y autorizo a las personas que se enumeran arriba en la 'Liberación de Información' a recibir mi información de salud.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

Firma de representante de Limitless: \_\_\_\_\_

Fecha de Autorización: \_\_\_\_\_

## Beneficios de Fisioterapia de su Compañía de Seguro:

Reconozco que se me han explicado los beneficios de la fisioterapia a mi satisfacción. Entiendo que soy responsable en última instancia de cualquier copago, deducible(s) y/o con seguro. Reconozco que debo comunicarme con un representante de Limitless Physical Therapy si no entiendo mis beneficios, tengo preguntas sobre el pago adeudado o, si no puedo pagar mis servicios antes de recibir tratamiento. Entiendo que la información proporcionada con respecto a mi seguro es una estimación y una cotización de beneficios y es posible que no refleje el saldo adeudado exacto. Reconozco que soy responsable de cualquier saldo que no cobre mi seguro y que tengo el derecho y la responsabilidad de hacer un seguimiento con mi seguro para preguntas específicas sobre mi póliza individual.

## Comunicacion:

Doy mi consentimiento para recibir información (como recordatorios de citas, encuestas de pacientes y otra información relacionada con mis servicios de fisioterapia.) a través de canales de communications, que proporcionó información de contacto, incluso por teléfono, mensaje de texto, y correo electrónico

## Liberación de información:

Autorizo las siguientes personas a recibir información sobre mi diagnóstico , tratamiento y fracturación

Nombre:

Relación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**1. ¿Esta lesión/enfermedad está relacionada con un accidente que tiene la intención de presentar como una demanda de responsabilidad o litigio está pendiente?**

Si  No

**En caso afirmativo, indique:**

**Nombre del abogado/a:** \_\_\_\_\_

**Dirreccion:** \_\_\_\_\_

**Numero de telefono:** \_\_\_\_\_

**2. ¿Estás recibiendo actualmente servicios de salud en el hogar?**

Si  No

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente :** \_\_\_\_\_

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

### **Obligación de Cobro de Deudas**

**Entiendo que en el caso de que cualquier saldo pendiente de pago se coloca para cobros con cualquier agencia de cobro de terceros, se añadirá una tarifa del 30% del saldo no pagado al importe total adeudado. Esta cantidad se sumará a cualquier otro costo incurrido directa o indirectamente para cobrar los montos adeudados bajo este acuerdo, tales como costas judiciales, honorarios de abogados, cargos por mora y culturizar otro cargo así se indica en otro lugar. La tarifa autorizada del 30% y los costos y cargos adicionales mencionados anteriormente representan los costos reales incurridos por la Terapia Física limitada para cobrar los montos adeudados en virtud de este acuerdo y una disminución correspondiente en los ingresos esperados resultantes de la falta de pago de este firmante según lo especificado en este acuerdo.**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o tutor:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante de Limitless :** \_\_\_\_\_

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



## **Formulario de Consentimiento para Redes Sociales de Limitless Physical Therapy & Wellness**

**Por la presente doy permiso a Limitless Physical Therapy para tomar fotografías y videos míos con el propósito de publicarlos en las redes sociales por ejemplo: Facebook, Instagram, Youtube y el sitio web.**

**Por la presente libero y descargo a Limitless Physical Therapy de todas y cada una de las reclamaciones de las fotos.**

***Limitless Physical Therapy* tiene mi permiso para usar: (Marque uno)**

- Fotos**
- Mi primer nombre**
- Fotos y mi primer nombre**
- No se puede usar mi foto ni nombre**

**Al firmar este consentimiento, doy autorización para usar mi nombre cómo se imprime a continuación.**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_

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



## **Política sobre cancelaciones y no presentación**

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que, si debe cancelar, nos avise con al menos 24 horas de anticipación. Esto permitiría que otra persona que está esperando a ser programada tome intervalo de tiempo.

Los pacientes que no llamen para cancelar su cita programada serán considerados como FALTA (SIN AVISO). Los pacientes con tres (3) FALTAS (SIN AVISO) serán dados de alta de la terapia.

Como cortesía para nuestros valiosos pacientes, no cobramos una tarifa por cancelaciones o no presentaciones, así que recuerde ser cortés y devolver el favor.

## **Politica Tardia**

Como cortesía a los demás y a sus horarios de citas, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita si llega más de 15 minutos tarde.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Limitless PT Employee Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_