



Formulario de Admisión

FECHA _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION DE CASA _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE CASA _____

TELÉFONO MÓVIL _____ EMAIL _____

Proveedor de Atención Primaria _____

Proveedor de Referencia _____

FECHA DE LA LESIÓN _____

CAUSA DE LA LESIÓN _____

RAZÓN DE LA VISITA _____

¿CUÁNTO TIEMPO TIENE SÍNTOMAS? _____

DESCRIBE YOUR GENERAL HEALTH (CIRCLE ONE)

EXCELLENT

BUENO

BASTANTE BUENO

MAL

¿HA TENIDO UNA CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN RECENTE? EN CASO SÍ:

¿CUÁNDO Y POR QUÉ?

¿HAS TENIDO TERAPIA FÍSICA U OCUPACIONAL ESTE AÑO?

¿HA TENIDO ALGUNA IMAGEN RECIENTE PARA ESTA CONDICIÓN? (RAYOS X, MRI, CT SCAN) EN CASO SÍ, ¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS SI SE CONOCIERON? _____

Indique si experimenta alguna de las siguientes condiciones o síntomas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Cardiopatía |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> náuseas |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Perdida de la sensibilidad |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Flebitis/venas varicosas | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular
medico | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| | <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos |
| | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición |
| <input type="checkbox"/> marcapasos | |

POR FAVOR INDIQUE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES O PROPORCIONE UNA
LISTA PARA NUESTRA
REFERENCIA _____

POR FAVOR DESCRIBA CUALQUIER OTRA PREOCUPACIÓN MÉDICA QUE PUEDA
TENER _____



Consentimiento General

Yo, _____, Por la presente consiento recibir tratamiento de fisioterapia de AMR Physical Therapy.

Entiendo que la fisioterapia es un tratamiento para diversas afecciones, que incluyen, entre otras, dolor, debilidad y movilidad limitada. La fisioterapia puede implicar terapia manual, ejercicios, modalidades y otros tratamientos que mi fisioterapeuta considere necesarios.

Reconozco que la fisioterapia puede causar malestar o dolor temporal y asumo los riesgos asociados con el tratamiento de fisioterapia. Entiendo que soy responsable de comunicar cualquier malestar o dolor a mi fisioterapeuta.

Por la presente autorizo a AMR Physical Therapy a divulgar cualquier información sobre mi tratamiento de fisioterapia a mi médico y/u otros proveedores de atención médica según lo considere necesario.

Reconozco que tengo derecho a rechazar el tratamiento y a suspender la fisioterapia en cualquier momento.

Reconozco que he sido informado de mis derechos como paciente que recibe fisioterapia y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a mi satisfacción.

Firma _____

Fecha _____

Privacidad e intercambio de información

Autorizo a AMR Physical Therapy y sus profesionales de salud asociados a recopilar mi información personal y médica como se documenta anteriormente. Además, autorizo a AMR Physical Therapy y sus profesionales de la salud asociados a comunicarse con mi médico de familia y/o médico remitente según lo consideren necesario para mi tratamiento beneficioso. También entiendo que mi información personal y médica es confidencial y sólo será divulgada a terceros con mi permiso.

Firma _____

Fecha _____

Política de cancelación

La hora de su cita está reservada solo para usted. Una cancelación tardía o una visita perdida deja un vacío en la jornada de los terapeutas que podría haber sido llenado por otro paciente. Como tal, requerimos un aviso de 24 horas para cualquier cancelación o cambio en su cita. A los pacientes que avisen con menos de 24 horas de antelación o que falten a su cita se les cobrará una tarifa de cancelación en la tarjeta registrada.

Firma _____

Fecha _____

Asignación de Beneficios

Por la presente asigno a AMR Physical Therapy todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo mi póliza de seguro médico. Acepto cooperar con AMR Physical Therapy y proporcionar la información necesaria para establecer mi elegibilidad para dichos beneficios.

Firma _____

Fecha _____

Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad y que describe cómo se puede usar y divulgar mi información de salud y cómo puedo obtener acceso y controlar mi información de salud.

Firma _____

Fecha _____