**A black background with red text

Description automatically generated with low confidence**

**Formulario de Registro de Pacientes – Pago por Cuenta Propia**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Paciente: Preferido: | |
| Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: | |
|  | |
| Fecha de Nacimiento: # de Seguro Social: | |
| Dirección de Correo Electrónico: | |
| Teléfono Particular: | Método de Recordatorio de Citas |
| Teléfono Móvil: | □ Teléfono Particular □ Teléfono Móvil |
| Teléfono del Trabajo: | □ Teléfono del Trabajo □ Correo Electrónico |

Tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico a través de Internet no es una forma segura de comunicación. Al proporcionar su información de contacto al marcar el método de recordatorio de citas y firmar a continuación, usted acepta recibir información (como recordatorios de citas, encuestas a pacientes y otra información relacionada con los servicios de fisioterapia que se le brindan) a través de los canales de comunicación que usted proporcionó.

|  |
| --- |
| Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) Nombre de la Pareja: |
| Responsabilidad Financiera: ☐ Propia ☐ Otra, por favor indique el Nombre del Padre/Tutor Legal: |
| Dirección y Número de Teléfono, si son Diferente a los Anteriores: |
| # de Seguro Social: Fecha de Nacimiento: Relación: |
| Información y Teléfono del 2º Contacto: Relación: |
| Médico de Cabecera: Referido por: |

|  |
| --- |
| ¿Ha recibido tratamiento de Fisioterapia desde enero de este año? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, # de Consultas: |
| ¿Ha recibido tratamiento Quiropráctico desde enero de este año? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, # de Consultas: |
| ¿Ha recibido Atención Médica a Domicilio en los últimos 30 días? ☐ Si ☐ No  Si la respuesta es afirmativa, indique el Proveedor de Servicios Médicos a Domicilio: |

|  |
| --- |
| **Consentimiento para el Tratamiento/Reconocimientos** |
| Por medio del presente autorizo y consiento el tratamiento/servicios para mí, o en nombre del paciente arriba mencionado, realizados por el personal de la Peak Physical Therapy y/o según las indicaciones de mi proveedor de referencia. Entiendo que tengo derecho a preguntar y a que se me responda cualquier pregunta antes de recibir algún tratamiento, incluyendo el riesgo o las alternativas al plan de tratamiento recomendado.  Certifico que la información que he proporcionado es exacta y completa. Al firmar este formulario, pagaré puntualmente cualquier cantidad requerida que se deba en el momento en que se presten los servicios.  Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que el consultorio puede usar o divulgar mi información de atención médica. Comprendo que la información sobre mi atención médica puede utilizarse para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y otros usos o divulgaciones permitidos, tal como se describe en el Aviso.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Paciente/Tutor Fecha  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre en Letra de Imprenta y Relación con el Paciente |

|  |
| --- |
| **Elección del Paciente de Pagar los Servicios por Cuenta Propia** |
| **Nombre del Paciente:** |
| Si usted no desea que la Peak Physical Therapy presente reclamaciones a su seguro médico personal, por favor lea y firme abajo o por favor indique si usted no tiene seguro médico personal y firme abajo.  Reconozco que entiendo y estoy de acuerdo que:   * Estoy cubierto(a) por el plan de seguro médico. * El Plan de Salud bajo el cual estoy cubierto(a) incluye prestaciones para algunos o todos los servicios proporcionados por la Peak Physical Therapy. * A pesar de lo anterior, no deseo que la Peak Physical Therapy presente una reclamación a mi Plan de Salud por los servicios que me ha prestado. * Hasta el momento en que pueda avisar a la Peak Physical Therapy por escrito, elijo pagar todos los servicios que reciba según sus tarifas de pago por cuenta propia. * Al elegir el pago de los servicios por cuenta propia, entiendo que la compañía no presentará reclamaciones a mi Plan de Salud y que cualquier pago que haga a la Peak Physical Therapy NO se acreditará para satisfacer cualquier deducible, máximos del plan, etc. * He leído la Elección de Pagar los Servicios por Cuenta Propia y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.   □ No tengo cobertura de seguro médico.  Firma del Paciente/Tutor: Fecha: |

|  |
| --- |
| **Política de Cancelación/No Presentación** |
| El éxito de la terapia depende de una fuerte relación de trabajo entre el paciente y el terapeuta. El máximo progreso y éxito se logra cuando el paciente es un participante activo en su programa de ejercicios en casa y asiste a todas las citas.  La Peak Physical Therapy requiere un aviso de 24 horas para TODAS las cancelaciones. Es posible que se aplique una tarifa que no está cubierta por el seguro y sería un gasto de su propio bolsillo para las cancelaciones sin la debida notificación.  Si una cancelación es inevitable, le pedimos que nos avise con la mayor antelación posible para que podamos ofrecer esa cita a otro paciente.   * Si usted llega más de 15 minutos después de la hora de su cita, podemos pedirle que cambie la fecha. * Después de más de una cancelación o de no presentarse, le pedimos que nos llame el día de la cita. * 2 citas "sin presentarse" pueden dar lugar al alta de la terapia.   Firma del Paciente/Tutor: Fecha: |

|  |
| --- |
| **Divulgación de Fotografías/Videos** |
| Concedo a la Peak Physical Therapy y a sus entidades afiliadas, y a sus representantes y empleados (colectivamente la "Compañía") el derecho a tomar fotografías y/o videos de mí en relación con mi participación en los servicios de fisioterapia. Autorizo a la Compañía, a registrar los derechos de autor, a utilizar y publicar las mismas en forma impresa y/o electrónica. Estoy de acuerdo en que la Compañía puede utilizar dichas fotografías y/o videos de mí con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo por ejemplo fines tales como publicidad, ilustración, anuncios, y el contenido de la web y renuncio a cualquier derecho de compensación, por lo tanto, entiendo que puedo revocar esta autorización, pero sólo por escrito entregado al Gerente de la Oficina de la clínica. Entiendo que, si decido revocar esta autorización, la revocación no será efectiva para cualquier uso y/o divulgación de mi información médica protegida que ya se haya hecho en base a esta autorización.  (Por favor, marque una casilla a continuación)  □ Acepto □ Rechazo  Firma del Paciente/Tutor: Fecha: |

|  |
| --- |
| **CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE** |
| **Nombre del Paciente: Nombre Preferido:** |
| Ocupación: Estatura: Peso: Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino |
| ¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses? ¿Ha resultado en una lesión? ☐ Si ☐ No |
| Durante el último mes, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperado o le ha molestado tener poco interés o placer en hacer cosas? ☐ Si ☐ No |
| Estado de Salud General: Por favor, califique su salud. □ Excelente □ Bueno □ Regular □ Malo |
| Por favor, indique a continuación cualquier alergia conocida (incluyendo medicamentos, látex, etc.). |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Por favor, indique los medicamentos actuales** (incluyendo los de prescripción, los de venta libre y los de hierbas). También puede proporcionar al personal de nuestra oficina una lista para copiar. | | | |
| Nombre | Dosis | Frecuencia | Por favor, indique la vía |
|  |  |  | Oral Parche Tópica Otra |
|  |  |  | Oral Parche Tópica Otra |
|  |  |  | Oral Parche Tópica Otra |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cirugía / Hospitalización, por favor incluya la fecha y la razón.** | |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Está experimentando actualmente alguno de los siguientes síntomas?** | | | |
| Náuseas o Vómitos | ☐ Si ☐ No | Dolores en el Pecho (Angina) | ☐ Si ☐ No |
| Tos Productiva/Crónica | ☐ Si ☐ No | El Dolor me Despierta por la Noche | ☐ Si ☐ No |
| Dificultad para Deglutir | ☐ Si ☐ No | Fiebre Reciente, Escalofríos, Sudores | ☐ Si ☐ No |
| Episodios de Vértigo | ☐ Si ☐ No | Dificultad para Dormir | ☐ Si ☐ No |
| Dolores de Cabeza | ☐ Si ☐ No | Dificultad para Respirar | ☐ Si ☐ No |
| Problemas de la Vista | ☐ Si ☐ No | Palpitaciones del Corazón | ☐ Si ☐ No |
| Pérdida de Audición/Zumbido en los Oídos | ☐ Si ☐ No | Pérdida del Apetito | ☐ Si ☐ No |
| Dificultad para Caminar | ☐ Si ☐ No | Incontinencia | ☐ Si ☐ No |
| Debilidad Inusual | ☐ Si ☐ No | Fatiga o Mialgia | ☐ Si ☐ No |
| Dolor o Inflamación Articular | ☐ Si ☐ No | Cambios de Peso Inexplicables | ☐ Si ☐ No |

|  |  |
| --- | --- |
| **Historial Social / Bienestar** | |
| ¿Consume bebidas alcohólicas? ☐ Si ☐ No | ¿Consume tabaco? ☐ Si ☐ No |
| ¿Con qué frecuencia ha completado al menos 20 minutos de ejercicio, como trotar, montar en bicicleta o caminar a paso ligero, antes de la aparición de su enfermedad? ☐ Al menos 3 veces por semana ☐ 1-2 veces por semana ☐ Pocas Veces o Nunca | |
| Por favor, mostrar en la imagen donde está experimentando dolor: | |

Nombre del Paciente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Le han diagnosticado alguno de los siguientes?** | | | |
| Alergias | * Si ☐ No | Hipertensión Arterial | * Si ☐ No |
| Anemia | * Si ☐ No | VIH | * Si ☐ No |
| Hepatitis, en caso afirmativo, Tipo: | * Si ☐ No | Tuberculosis | * Si ☐ No |
| Problemas Respiratorios | * Si ☐ No | Enfermedad/Problemas Renales | * Si ☐ No |
| Enfermedad Autoinmune  En caso afirmativo, Tipo: | * Si ☐ No | Estimulador Medular | * Si ☐ No |
| Coágulos de Sangre | * Si ☐ No | Problemas de la Vista | * Si ☐ No |
| Trastorno Intestinal o de la Vejiga | * Si ☐ No | Osteoporosis | * Si ☐ No |
| Cáncer, en caso afirmativo, Sitio: | * Si ☐ No | Artritis Reumatoide | * Si ☐ No |
| Afecciones Cardíacas | * Si ☐ No | Parkinson | * Si ☐ No |
| Marcapasos Cardíaco | * Si ☐ No | Enfermedad Vascular Periférica | * Si ☐ No |
| Actualmente Embarazada | * Si ☐ No | Convulsiones | * Si ☐ No |
| Depresión | * Si ☐ No | Problemas del Habla | * Si ☐ No |
| Diabetes | * Si ☐ No | Pérdida de la Audición | * Si ☐ No |
| Accidente Cerebrovascular/AIT | * Si ☐ No | Fracturas | * Si ☐ No |

|  |
| --- |
| **Estado Actual** |
| ¿Cuándo comenzó este(os) problema(s)? |
| Describa el(los) problema(s). |
|  |
| Explique cómo se produjo el(los) problema(s). |
|  |
| ¿Ha tenido este problema anteriormente? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? |
| Sus síntomas son peores en la: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Anochecer ☐ Noche ☐ Igual Durante Todo el Día |
| ¿Cómo se está ocupando del(de los ) problema(s) ahora? |
| Mi dolor/problema poco a poco está: ☐ Empeorando ☐ Mejorando ☐ Manteniéndose Igual |
| Mis síntomas me molestan: ☐ Constantemente (100%) ☐ La Mayor Parte del Tiempo (75%)  ☐ Ocasionalmente (50%) ☐ De vez en cuando (25%) |
| ¿Tiene entumecimiento, hormigueo o ardor? ☐ Si ☐ No  En caso afirmativo, marque una: ☐ Constantemente ☐ Intermitentemente |
| ¿Qué funciones podía realizar antes, que ahora no puede hacer? |
|  |
| Por favor, explique cualquier tratamiento específico que haya recibido para este problema, como terapia física u ocupacional previa, consultas quiroprácticas, medicamentos para el dolor, etc. |
|  |
| ¿Ha recibido radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada o gammagrafía ósea por este problema? En caso afirmativo, por favor indique las fechas y los resultados. |
|  |
| ¿Tiene conocimiento de alguna razón física por la que no deba recibir tratamiento? ☐ Si ☐ No  Si la respuesta es afirmativa, por favor, díganos cuál es:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuáles son sus objetivos para la terapia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Avisaré al terapeuta si hay algún cambio en mi condición física que altere mi respuesta a alguna de las preguntas de este formulario.**

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_