

FORMULARIO DE ADMISIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Primer nombre _____ MI _____ Fecha de Lesión / Inicio _____ Fecha _____
Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____ La edad _____
Dirección _____ Sexo oM oF _____ Estado civil o S o METRO o D o W
Teléfono de casa _____
Teléfono del trabajo _____
Teléfono móvil _____
Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____
Fiesta responsable _____
Dirección _____
Ciudad _____
Número de teléfono _____
Relación con la parte responsable _____
Relacionado con el accidente: si O sí o No
Accidente: o Auto O Trabaja o Otro
Naturaleza del accidente _____
Empleador _____
Dirección _____ Ocupación _____
Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____ Contacto en el empleador _____
Médico remitente _____ Número de teléfono _____
Seguro primario _____ Nombre del asegurado _____
Grupo # _____ ID# _____ Dirección _____ Ciudad _____
Empleador asegurado _____ Estado _____ Cremallera _____ Teléfono _____
Relación con el asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____ Sexo asegurado: o METRO o F
Segundo seguro _____ Nombre del asegurado _____
Grupo # _____ ID # _____ Dirección _____ Ciudad _____
Empleador asegurado _____ Estado _____ Cremallera _____ Teléfono _____
Relación con el asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____ Sexo asegurado: o METRO o F
Contacto de emergencia _____ Número de teléfono durante el día _____

¿Está recibiendo o ha recibido servicios de salud en el hogar? ¿Está recibiendo o ha recibido otros servicios de terapia? o sí o No

FORMULARIO DE ADMISIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Solo para uso interno:	C.A#	Nombre	Tipo de A / C	Oficina#
------------------------	------	--------	---------------	----------

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para la rehabilitación y los servicios relacionados en Excel Spine & Sports Rehabilitation. Al hacerlo, entiendo, reconozco y afirmo que dicha rehabilitación y servicios relacionados pueden involucrar contacto corporal, contacto físico y / o contacto directo de naturaleza sensible.

TRATAMIENTO DE MENORES: Yo, como pa alquilar/ tutor de un menor que recibe tratamiento en virtud del presente, por la presente acepto y entiendo que se me ha aconsejado que permanezca en las instalaciones durante dicho tratamiento, y renuncio a cualquier reclamo que pueda tener como resultado de no hacerlo.

RESPONSABILIDAD: Sé y acepto que Excel Spine & Sports Rehab no es responsable por la pérdida o daño a objetos de valor personales.

RENUNCIA Y LIBERACIÓN: Por la presente libero, descargo y absolvo a Excel Spine & Sports Rehab, es representantes, afiliados, empleados o cesionarios de y de todos y cada uno responsabilidad, reclamo, demanda, daño, causa de acción o pérdida de cualquier tipo que surja o resulte de mi negativa a aceptar, recibir o permitir servicios médicos o de emergencia, incluidos, entre otros, al servicio de ambulancia Técnico médico de emergencia, médico o servicios de atención de urgencia.

AUTORIZACIÓN DE PAGO: Por la presente cedo todos los beneficios directamente y también autorizo la divulgación de cualquier expediente médico necesario para facilitar mi tratamiento para procesar reclamos médicos y según lo permitido o requerido en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo plenamente que, en caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por el servicio que reciba, yo seré financieramente responsable del pago.

AVISO DE PRIVACIDAD: Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad. _____

Certifico que toda la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

Pensilvania tient / Firma del tutor _____ Firma del testigo _____

Este formulario constituye información patentada y no se puede usar, reproducir ni duplicar, total o parcialmente, sin el consentimiento por escrito de Excel Spine & Sports Rehab. Este formulario debe completarse en su totalidad y debe proporcionarse a Rehabilitación deportiva y de columna vertebral Excel antes del inicio de los servicios de terapia.

EXCEL COLUMNA Y REHABILITACIÓN DEPORTIVA
 FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE HOY: _____ NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____ FECHA DE LA LESIÓN O INICIO: _____ NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ ¿ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE? SÍ NO HAY CAUSA DE LESIÓN O INICIO: _____ FECHA DEL PRÓXIMO APTO MD: _____

¿TIENE ACTUALMENTE ALGÚN SÍNTOMA DE "TIPO DE GRIPE" (POR EJEMPLO, FIEBRE, TOS)? SÍ NO SI ES ASÍ, QUÉ SÍNTOMAS: _____

¿TIENE CORTES, LESIONES O HERIDAS ABIERTOS? SÍ NO SI SÍ, DÓNDE: _____

¿SE HA CAÍDO EN EL ÚLTIMO AÑO? (circule uno) SÍ NO SI SÍ, CUÁNTAS VECES: _____

SI ES SÍ A LA CAÍDA, ¿SUFRIÓ ALGUNA LESIÓN COMO RESULTADO DE LA CAÍDA? SÍ NO _____

CUÁL ES SU RAZÓN PARA ASISTIR A LA TERAPIA: _____

DEBIDO A SU PROBLEMA, ¿CON QUÉ ACTIVIDADES ESPECÍFICAS TIENE DIFICULTAD?

1. _____
2. _____
3. _____

¿CUÁLES SON SUS OBJETIVOS / RESULTADOS PERSONALES QUE ESPERA ALCANZAR CON LA TERAPIA?

1. _____
2. _____
3. _____

DESCRIBA SU SALUD GENERAL: (circule uno) EXCELENTE BIEN JUSTA POBRE

¿USAS TABACO? (circule uno) SÍ NO, SI SÍ, ¿CUÁNTO? ____ ¿USAS GAFAS / CONTACTOS?: SI NO

¿HA SIDO HOSPITALIZADO RECIENTEMENTE O HA TENIDO UNA CIRUGÍA? SÍ NO SI SÍ, CUANDO _____ Y POR QUÉ _____

¿HA TENIDO TERAPIA FÍSICA / OCUPACIONAL PREVIA PARA ESTA CONDICIÓN? (circule uno) SI NO ¿LO QUE FUE HECHO? / ¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS?: _____

¿HA TENIDO TERAPIA FÍSICA / OCUPACIONAL PREVIA ESTE AÑO CALENDARIO? (circule uno) SI NO FUE RECIBIDO EN: (circule uno) HOSPITAL OUT CENTER PARA PACIENTES SALUD EN EL HOGAR ¿POR CUANTO TIEMPO? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: _____

ALERGIAS: Medicamentos _____ Reacción _____ Otro _____ Reacción _____ ¿ES ALÉRGICO AL LÁTEX? (circule uno) SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuál es la reacción? _____ ¿Es alérgico a la dexametasona? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuál es la reacción? _____

¿TIENE ACTUALMENTE O TIENE UN HISTORIAL DE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> incontrolada | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATORIOS |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> incontrolada |
| <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> MAREOS / DESMAYOS | <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> incontrolada |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> FRACTURAS | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> HOLTER MONITOR: ¿lo usa actualmente? | <input type="checkbox"/> DOLORES DE CABEZA | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES <input type="checkbox"/> controladas <input type="checkbox"/> incontroladas |
| <input type="checkbox"/> MARCAPASOS | <input type="checkbox"/> HEPATITIS / VIH | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> ALTA PRESIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> incontrolada | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RENALES | <input type="checkbox"/> DILUYENTES DE SANGRE (Anticoagulantes) |
| <input type="checkbox"/> BAJA PRESIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> MRSA (Staphylococcus aureus resistente a la meticilina) | |
| <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE EMBARAZADA | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS | |

Si marcó alguna de las anteriores, explique: _____

CUALQUIER OTRO PROBLEMA MÉDICO: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ REVISADO POR EL Terapeuta: _____ Fecha _____