



2230 Indianapolis Blvd
Whiting, IN 46394
(219) 655-8994

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre:	Apellido:	Inicial del Segundo Nombre:	Fecha: / /	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:				
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	# S.S.: - -	
Teléfono de Casa: () -	Teléfono Alternativo (Móvil, Localizador): () -		Cónyuge:	
Elegió la Clínica Porque/ Fue Referido a la Clínica por el Dr.: <input type="checkbox"/> Plan de Seguros <input type="checkbox"/> Boca a Boca:				
<input type="checkbox"/> Soy un Paciente Antiguo <input type="checkbox"/> Cerca al Trabajo/Casa <input type="checkbox"/> Búsqueda Web/Sitio Web <input type="checkbox"/> Conduce por nuestro centro <input type="checkbox"/> Anuncios				
Verifique las Preferencias de Estado de Cuenta: <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Papel				
INFORMACIÓN LABORAL				
Empleador:		Teléfono del Trabajo: () -	Ext.	
Ocupación:	Estado Laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Sin Empleo
INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD				
Médico que Remite:		Teléfono: () -		
Médico/PCP de cabecera		Teléfono: () -		
RECLAMO POR ACCIDENTE DE TRÁFICO O EN EL TRABAJO (POR FAVOR, BRINDE LOS DATOS DE SU SEGURO COMO RESPALDO)				
Nombre de la Aseguradora: <input type="checkbox"/> Vehículo:		<input type="checkbox"/> Trabajo e Industrias:		
Ajustador/Gestor de Sinistros:		Teléfono:	Ext.:	
Dirección:	Ciudad	Estado:	Código Postal:	
# Reclamo:	Fecha del Accidente: / /	Causa:		
EN CASO DE EMERGENCIAS				
Nombre de Familiar o Amigo Local:				
Relación con el Paciente:	Teléfono de Casa: () -	Teléfono del Trabajo: () -		
Indique el nombre de la(s) persona(s) a la(s) que Act Now Physical Therapy And Concussion Management podría divulgar la información médica				
Nombre:	Relación con el Paciente:	Teléfono: () -		
¿Podemos enviar un correo electrónico o dejar mensajes sobre las citas o tratamiento en su contestador automático? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

He leído y estoy de acuerdo con lo anterior, incluyendo la autorización para divulgar mi información médica al (los) usuario(s) designado(s). Adicionalmente, autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a Act Now Physical Therapy And Concussion Management y doy consentimiento a dicha práctica a facilitar cualquier información requerida para procesar mi reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo restante.

FIRMA DEL PACIENTE /RESPONSABLE

FECHA

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre del Paciente _____

PRESIÓN ARTERIAL			CONDICIONES CONJUNTAS		
	SI	NO		SI	NO
Hipertensión Arterial Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocación de Extremidad Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocación de Extremidad Inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES CARDÍAC			OTRAS ENFERMEDADES		
	SI	NO		SI	NO
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Túnel carpiano D/I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Aterosclerótica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Reumática Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplos Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES MUSCULARES			OTRAS ENFERMEDADES		
	SI	NO		SI	NO
Codo de Tenista D/I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Espalda/Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimiento Limitado de Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PULMONES			OTRAS ENFERMEDADES		
	SI	NO		SI	NO
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para Respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EJERCICIO	ACTIVIDAD LABORAL	NIVEL DE ESTRÉS	HÁBITOS	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Fumar	Paquetes al Día _____
<input type="checkbox"/> 1-2 por Semana	<input type="checkbox"/> De pie	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Alcohol	Bebidas por Semana _____
<input type="checkbox"/> 3-4 por Semana	<input type="checkbox"/> Trabajo Ligero	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Café/Soda	Tazas por Semana _____
<input type="checkbox"/> +5 por Semana	<input type="checkbox"/> Trabajo Pesado			
	<input type="checkbox"/> Otros			
¿Qué tipos de ejercicio realiza? _____				
¿Qué cosas le producen estrés en su vida? _____				

¿Está tomando medicamentos anticonvulsivos? Si No De ser así, indique los nombres: _____

¿Está tomando algún medicamento que pueda afectar sus pulmones, corazón, conciencia o bienestar general mientras participa en la terapia?
 Si No De ser así, indique los nombres: _____
Indique todos los medicamentos que está tomando actualmente: _____

Indique todas las cirugías (incluyendo fechas): _____

¿Está embarazada? Si No ¿Cuántas semanas tiene? _____

¿Ha tenido alguna lesión relacionada al trabajo? Si No De ser así, indique la parte del cuerpo y la fecha: _____

Have you had any auto accidents? Si No De ser así, indique la parte del cuerpo y la fecha: _____

¿Ha recibido Terapia Física o Masajes anteriormente? Si No ¿Dónde? _____

Firma del Paciente, Padre, Tutor o Representante Personal _____

Fecha _____

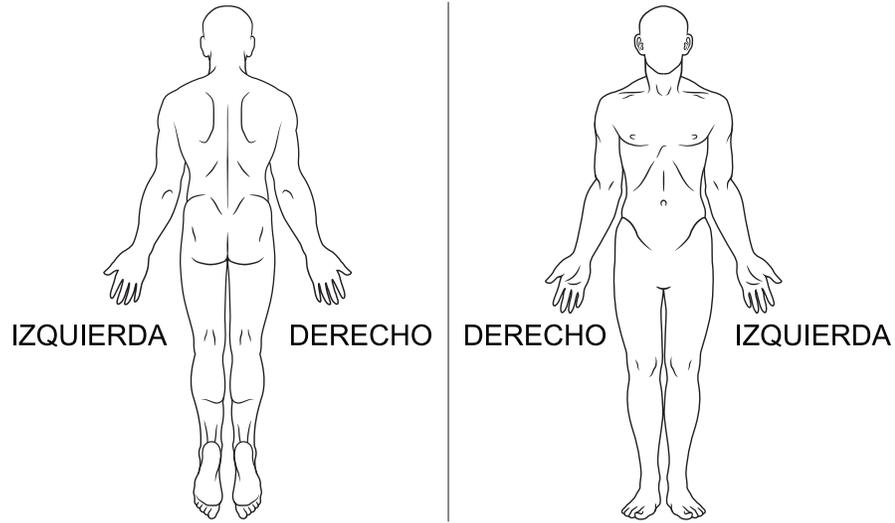
Informe sobre el Dolor y el Estado de los Síntomas

Nombre _____ Fecha _____

Utilizando los siguientes símbolos, dibuje en la ubicación de los contornos del cuerpo, el tipo de dolor que está experimentando.

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| Dolor
MMM
M | Quemadura

--- | Entumecimiento
0 0 0 0
0 0 0 |
| Punciones y agujas
□ □ □ □ □
□ □ □ | Puñaladas
////
//// | Otros
x x x x
x x x |



Principal Dolencia y Escala Visual Analógica

Mi Principal Dolencia es: _____

Fecha en que Apareció el Primer Síntoma de su Problema: _____

2^{da} Dolencia: _____

3^{ra} Dolencia: _____

Marque con un círculo en la escala a continuación para indicar su nivel de dolor ACTUAL :												
Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El dolor más fuerte
Marque con un círculo en la escala a continuación para indicar su nivel de dolor MÁS BAJO :												
Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El dolor más fuerte
Marque con un círculo en la escala a continuación para indicar su nivel de dolor MÁS ALTO :												
Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El dolor más fuerte

Comentarios Adicionales: _____

¿Qué objetivos desea lograr con la fisioterapia? _____

Formulario de Consentimiento para la Punción Seca

La Punción Seca/Estimulación Intramuscular (IMS, por sus siglas en inglés) consiste en colocar una pequeña aguja de filamento en un punto gatillo dentro del músculo. Un punto gatillo por lo general es una zona en la que el músculo está tenso y sensible. El propósito de la aguja es causar una respuesta de contracción localizada para normalizar el tono muscular. Esto, al mismo tiempo, puede ayudar a aumentar la movilidad alrededor de una articulación y disminuir el dolor. Este tipo de punción suele ser eficaz en el tratamiento del dolor miofascial. La punción seca es realizada por un fisioterapeuta certificado que ha recibido la capacitación necesaria para realizar esta técnica. Su terapeuta podría o no recomendar que se realice este tratamiento. Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor, comuníquesele a su terapeuta.

Los riesgos potenciales que son relativamente frecuentes son los hematomas y el aumento del dolor a corto plazo. El aumento del dolor en un punto sensible es común, pero suele desaparecer a las pocas horas. Las complicaciones de la Punción Seca no son comunes, pero pueden ser: hematomas, irritación de los nervios e infecciones.

Las contraindicaciones para la aplicación de agujas incluyen: embarazo, tumores malignos, trastornos hemorrágicos, presión arterial inestable y enfermedades de los órganos internos. Por favor, informe a su terapeuta antes del tratamiento si tiene alguna de estas, o si tiene alguna enfermedad o infección conocida que pueda transmitirse a través de fluidos corporales (VIH, Hepatitis, etc.)

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en no responsabilizar a Act Now Physical Therapy And Concussion Management y a Eric Deakins DPT por cualquier complicación que pudieran surgir del uso de esta técnica.

Doy mi consentimiento y asumo voluntariamente los riesgos de mi participación en la aplicación de la Punción Seca. Informaré a Act Now Physical Therapy And Concussion Management y a mi terapeuta de cualquier inquietud que tenga con respecto a este procedimiento, así como de cualquiera de las contraindicaciones mencionadas anteriormente. Entiendo que no se ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados de esta técnica y que podría no curar mi lesión o dolor.

Firma

Nombre en Letra Imprenta

Fecha





Consentimiento para el Tratamiento

Doy mi consentimiento y autorizo a mi fisioterapeuta y a los asistentes que podrían participar en mi atención médica, a brindarme los cuidados y tratamientos prescritos por y/o considerados necesarios o recomendables por mi(s) médico(s)/profesional(es) de la salud. Entiendo que no se me han dado garantías sobre los resultados del tratamiento.

Responsabilidad Económica

El paciente (o el garante del paciente, si es menor de edad) es el responsable definitivo del pago de su tratamiento y atención médica. Es responsabilidad del paciente/garante asegurarse de que el proveedor que lo solicita obtenga cualquier autorización previa y/o precertificación necesaria según la normativa de su compañía de seguros. Si el proveedor no obtiene la precertificación/autorización o es denegada, el paciente/garante será financieramente responsable de los cargos cobrados. Si se presenta algún problema con el seguro, es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con la compañía de seguros, el gestor del plan grupal o el representante del empleador para resolverlos. Si es necesario remitir la cuenta a nuestros abogados de cobranza, el paciente acepta pagar el costo de la cobranza, incluyendo los honorarios de los abogados del 25%. Si la compañía de seguros realiza algún reembolso o cheque al paciente, ese cheque debe ser entregado a Act Now Physical Therapy And Concussion Management. Todos los gastos no cubiertos por el seguro serán responsabilidad del paciente.

Política de Cancelación

Entiendo que acudir a las citas de terapia física es un compromiso con mi salud y que es importante seguir con frecuencia y duración indicadas por el terapeuta y médico. Soy consciente de que el tiempo de mi terapeuta es valioso y que mi cita es un espacio reservado que nadie más puede agendar; por lo tanto, si cancelo sin previo aviso, otro paciente no puede ser atendido. Por lo tal, reconozco que soy responsable de un cargo de cancelación de \$25 si no realizo un aviso de 24 horas. Brindaré una tarjeta de crédito para registrarla en el archivo en caso de que se produzca este cargo.

HIPAA y Divulgación de Información

Entiendo que Act Now Physical Therapy And Concussion Management podrían documentar información médica y de otro tipo relacionada con mi tratamiento en forma electrónica y de otros tipos y que dicha información será utilizada durante el curso de mi tratamiento, para fines de pago y para ayudar a los que me brindan la atención. Autorizo a mi(s) médico(s) y al personal administrativo de Act Now Physical Therapy And Concussion Management a contactarse con otros profesionales de la salud que podrían tener información relacionada con mi estado de salud y tratamientos previos y actuales. Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Act Now Physical Therapy And Concussion Management (disponible en línea en www.actnowpt.com en la pestaña de paciente) y que describe cómo mi información de la salud será utilizada y divulgada, y cómo podría tener el acceso y controlar mi información de salud. Entiendo que la práctica es necesaria para mantener la privacidad de mi información médica de acuerdo con los términos de su Aviso de Privacidad de HIPAA.

Firma del Paciente (o Responsable del Paciente) _____

Nombre en Letra Imprenta _____

Fecha _____

Tarjeta de Crédito # _____ Fecha de Expiración _____ CVV _____