



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

La siguiente es una lista de modalidades y procedimientos que pueden usarse durante el curso de su fisioterapia. En su evaluación inicial, su fisioterapeuta discutirá sus opciones de tratamiento y creará algunas metas con usted.

Evaluación

Calor

Hielo

Estimulación Eléctrica

Masajes/musculares técnicas de liberación

Entrenamiento de la postura

Entrenamiento funcional

(la mecánica del cuerpo, Actividades de la Vida Diaria)

láser frío

Catación

Conjunto Movilización

SASTM / Rock lámina Certificado

muscularde estiramiento

tracción

terapéutica Ejercicios

iontoforesis

entrenamiento de biorretroalimentación

Dolor Borrador

Consentimiento para el Tratamiento

Doy mi consentimiento para el tratamiento por parte del personal profesional de atención médica de Back on Track Physical Therapy y Pleasanton Physical Therapy para proporcionar servicios de fisioterapia y rehabilitación y el tratamiento necesario según lo prescrito por mi médico. Entiendo que para evaluar y tratar mi condición, el personal de fisioterapia debe tener acceso visual o físico a las áreas de mi cuerpo que pueden estar experimentando y / o causando mi dolor y / o disfunción. Entiendo que es mi responsabilidad comunicar de inmediato cualquier dificultad o inquietud que tenga con respecto a mi terapia al personal de los Servicios de fisioterapia Back on Track / Pleasanton. Además, entiendo que mi médico será informado sobre mi estado de salud actual y mi respuesta a cualquier tratamiento recibido. Al igual que con cualquier curso de tratamiento o terapia, siempre existe la posibilidad de una complicación inesperada y no se ha garantizado el resultado del tratamiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del terapeuta: _____ Fecha: _____



Consentimiento informado para los servicios

Fisioterapia Terapia física: el objetivo de la fisioterapia es tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante el uso de procedimientos de rehabilitación, y ayudar al paciente a alcanzar su máximo potencial y reducir la duración de la recuperación funcional. Todos los procedimientos me serán explicados a fondo antes de que se realicen.

Consentimiento informado para el tratamiento: el término "consentimiento informado" significa que se me han explicado los riesgos potenciales, los beneficios y las alternativas del tratamiento de fisioterapia. Entiendo que el fisioterapeuta brinda una amplia gama de servicios y recibiré información en la visita inicial sobre el tratamiento y las opciones disponibles para mis afecciones.

Notificaré a mi médico si estoy embarazada o estoy tratando de quedar embarazada. Entiendo que me alienta a comunicarle a un médico los posibles beneficios y riesgos del tratamiento relacionados con mi embarazo.

Beneficios potenciales: los beneficios pueden incluir una mejora en mis síntomas y un aumento en mi capacidad para realizar mis actividades diarias. Puedo experimentar una mayor fuerza, conciencia, flexibilidad y resistencia en mis movimientos. Puedo experimentar disminución del dolor y la incomodidad. Debería obtener un mayor conocimiento sobre el manejo de mi condición y los recursos disponibles para mí.

Riesgos potenciales: puedo experimentar un aumento en mi nivel actual de dolor o incomodidad, o agravamiento de mi lesión existente durante la fisioterapia; Si no disminuye en 24 horas, acepto contactar a mi fisioterapeuta.

Sin garantía: Entiendo que mi fisioterapeuta no puede hacer promesas ni garantías con respecto a una cura o mejora en mi condición. Entiendo que mi fisioterapeuta compartirá con sus opiniones sobre los posibles resultados de la fisioterapia para mi afección y discutirá las opciones de tratamiento conmigo antes de dar mi consentimiento para el tratamiento.

Seguro: yo, el paciente, soy el responsable final del pago de mi cuenta. Como cortesía, Pleasanton Physical Therapy / Back on Track Physical Therapy facturará a mi seguro en mi nombre. Soy responsable de pagar cualquier deducible, coseguro y / o pago adeudado al momento del servicio.

Puedo elegir pagar de mi bolsillo los servicios de fisioterapia. Para los pacientes sin seguro o aquellos que eligen pagar de su bolsillo, se aplicará una "tasa de efectivo" con descuento de \$ 150 para la evaluación inicial y \$ 100 para las citas de seguimiento. Los pagos se realizarán al momento del servicio.

Política de cancelación: en caso de que necesite cancelar una cita programada, acepto proporcionar la cortesía de un aviso de 24 horas para que podamos ofrecer mi cita a los pacientes que esperan en la lista de espera. Si no notifico una cancelación con 24 horas de anticipación, **entiendo que estaré sujeto a un cargo por cita perdida de \$ 75.00.**

He leído la información anterior y doy mi consentimiento para una evaluación y tratamiento de fisioterapia. Mi firma a continuación reconoce que he leído, entendido y cumpliré las condiciones y políticas indicadas en este formulario de consentimiento.

Escriba el nombre del paciente

Firma del paciente y fecha



Informacion del paciente		Informacion de Empleo	
Nombre		Nombre del empleador	
SSN:	DOB:	Ocupacion:	
Anos:	Sexo:	Telefono de trabajo:	
Altura:	Pesa	Direccion del empleado:	
Direccion:		Informacion de Contcto en caso de Emergencia	
		Nome:	Relacion:
Telefono de casa:		Numero de telefono	
Telefono movil:		Informacion del medico	
Email:		MD referente	telefono
Como suposte de nosotros?		PCP:	telefono

Clasificación de Paing: indique su nivel promedio de dolor marcando con un círculo el número apropiado en la escala

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Sin</i>										<i>Grave</i>
<i>Dolor</i>										

Condición (es) actual (es) / Quejas principales:

Describe los problemas para los cuales buscafisioterapia: _____

¿Cuáles son sus objetivos para la fisioterapia?: _____

Cuales son sus objetivos para la fisioterapia: _____

Como se esta ocupando del problema: _____

Lo que mejora el problema: _____

Lo que empeora el problema: _____

¿Te has caído en los últimos 2 años? Por favor circule: **SÍ / NO.**

En caso afirmativo, complete la Escala de eficacia de otoño a continuación:

ESCALA DE EFICACIA DE CAÍDA: una escala del 1 al 10, donde 1 tiene mucha confianza y 10 no tiene ninguna confianza, qué tan seguro está de que puede realizar las siguientes actividades sin caer:

Actividad	Puntuacion
Dandose un bano	
Llegar a un armario O armario	
Caminando por la casa	
Preparar comidas, que no requieren llevar objetos pesados / calientes	
Entrar y salir de la cama	
Contestar la puerta o el teléfono.	
Entrar y salir de una silla	
Vestirse o desvestirse	
Aseo Personal (Ej. Lavarse la cara)	
Entrar y salir del baño	
Puntaje total:	



Historial médico / quirúrgico:

encierre en un círculo todos los que correspondan.

Table with 6 columns for medical history: Marcapasos, Huesos/Fracturas rotas, Osteoporosis, Trastornos de la sangre, Hypoglycemia, Depresion, Problemas cardiacos, Hipertension arterial, Problemas pulmonares, Accidente cerebrovascular, Diabetes, Hombres: Enfermedad de la prostata, Historial quirurgico anterior, Efermedad de Parkinson's, Convulsiones/Epilepsia, Arthiritis, Cancer, Cambio inexplicable reciente en el peso, Problemas de tiroides, Enfermedad es infecciosas, Circulacion problemas vasculares, Problemas renales, Ulceras/problemas estomacales, Mujeres: Complicado del embarazo, Mujeres: Actualmente embarazada.

La documentación de la medicación actual es obligatoria.

Paciente: indique todos los medicamentos actuales con dosis (cualquier receta, de venta libre, hierbas, vitaminas / minerales / suplementos nutricionales dietéticos).

Si tiene una lista, proporcione una copia al momento de su evaluación e inicial aquí:

Table with 3 columns: Medicacion, Dosis, Motivo de tomar.

Solicite una hoja adicional por adelantado si necesita más espacio.

Por la presente, doy mi autorización de por vida para que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a Back On Track Physical Therapy / Pleasanton Physical Therapy y / o sus filiales por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por la compañía de seguros. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobro y honorarios razonables de abogados. Por la presente autorizo a Back on Track Physical Therapy / Pleasanton Physical Therapy a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Además, acepto que una fotocopia o un facsímil del acuerdo es válido como el original. Además, autorizo que mi firma en este formulario constituya la asignación de beneficios a Back on Track Physical Therapy / Pleasanton Physical Therapy. Doy mi consentimiento para que la fisioterapia Back on Track / Pleasanton Physical Therapy y / o sus filiales brinden el tratamiento y la atención prescritos por mis médicos. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento.

Firma del paciente / padre / tutor:

Fecha: