

Sírvase completar el siguiente formulario con el mayor detalle posible para que conozcamos su estado de salud.

Nombre: _____ Fecha: _____
Estatura: _____ Peso: _____ Mano dominante: D I

Ubicación y descripción del dolor: _____

¿Cuándo comenzó? __ / __ / __ Escala de dolor: Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolor intenso

¿Se debió a una lesión? Sí No ¿Lesión laboral? Sí No ¿Aparición gradual? Sí No

Pruebas y resultados (radiografías, RM, TC, exámenes de conducción nerviosa, etc.) _____

Historia clínica: ¿Ha sufrido alguno de los siguientes? (Marque sí o no)

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A, B, C
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artrosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre (reumática/escarlatina)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre (reciente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bronquitis.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular/AIT
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lupus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esclerosis Múltiple
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes zóster
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	AVA con lesión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incontinencia intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incontinencia urinaria

¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad grave, problema de salud mental o problemas crónicos?

(Si respondió que sí, explique) _____

Tiene alguno de los siguientes: Entumecimiento u hormigueo Sí No Mareos Sí No

Problemas de visión Sí No Dificultad auditiva Sí No

¿Actualmente está embarazada? Sí No Si su respuesta es "Sí", ¿cuántas semanas de gestación tiene?

¿Fuma? Sí No Dejó (año) _____

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?

¿He perdido peso inexplicablemente en los últimos 6 meses? Sí No

Antecedentes quirúrgicos: Indique todos los procedimientos quirúrgicos relevantes que haya tenido.

Alergias: Enumere todas las alergias conocidas que tenga (alimentos, medicamentos, lociones, látex, etc.):

Medicamentos: Enumere todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluidos los de venta libre:

Nombre: _____ Propósito: _____

Nombre: _____ Propósito: _____

Nombre: _____ Propósito: _____

¿Cuál es su objetivo de fisioterapia o de terapia del habla? _____

¿Ha recibido fisioterapia o terapia del habla en los últimos 12 meses? Si la respuesta es sí, ¿Dónde y cuándo? _____

La información que antecede es precisa y, a mi leal saber y entender, representa mi estado de salud actual. Comprendo que la información es confidencial y es proporcionada para mi seguridad como participante del HealthONE Rose Medical Center.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____



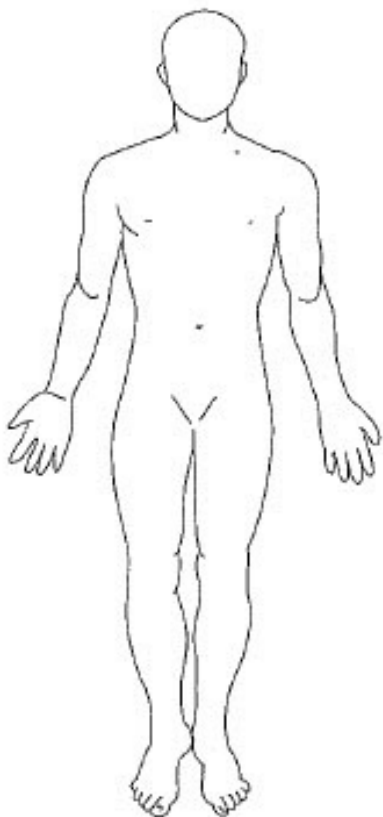
Etiqueta/información del paciente



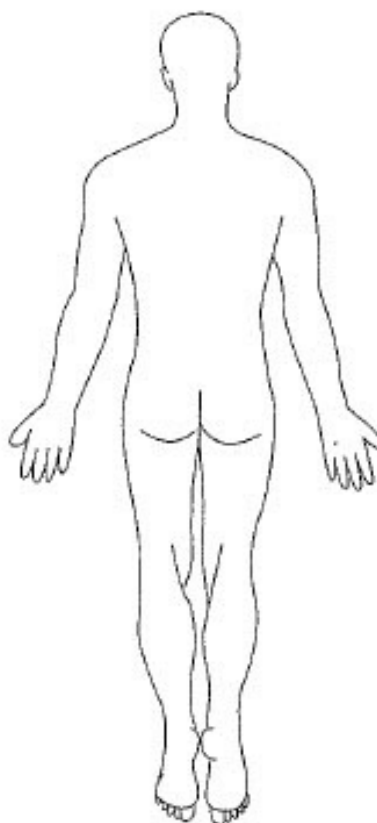
Antecedentes médicos

Usando los símbolos que se indican a continuación, marque las áreas de su cuerpo donde sienta las sensaciones descritas. Incluya todas las áreas afectadas. Simplemente complete la figura, dibuje su rostro.

Frente



Atrás



Entumecimiento
|| || || ||

Agujetas
0 0 0 0 0

Ardor
xxxxx

Punzante
/////

Dolor
^^^



¡Bienvenido a Medicina deportiva y rehabilitación de Rose Medical Center! Usted es muy importante para nosotros y reservamos esta cita especialmente para usted. Para obtener beneficios óptimos de su programa de tratamiento, es fundamental que asista a cada visita programada y que siga algunas pautas sencillas. Su primera cita durará entre 30 y 60 minutos; las citas de seguimiento durarán entre 30 y 45 minutos. Por favor llegue entre 20 y 30 minutos antes de la hora de su primera cita programada para completar los documentos necesarios.

Estamos aquí como parte de su equipo de rehabilitación para enseñarle a manejar su lesión o afección. Nuestras políticas existen para promover la continuidad de la atención y el proceso de recuperación y para reducir la duración de la discapacidad.

ALCOHOL No se permite el ingreso al centro con alcohol ni con sustancias no recetadas. Si ha estado bebiendo alcohol o usando medicamentos que no sean recetados antes de su tratamiento, no le permitirán participar en la terapia.

VESTIMENTA Use ropa cómoda y suelta (como pantalones cortos, camisetas y sudaderas) con zapatos cómodos.

VISITAS Debido a limitaciones de espacio y por seguridad, los niños y otros miembros de la familia o amigos no tienen permitido ingresar en las áreas de tratamiento. Los niños que queden en el área de espera DEBEN estar acompañados por un adulto. Nuestro personal no puede supervisar a los niños que queden en el área de espera.

SEGURO Con gusto verificaremos su cobertura de seguro antes de su tratamiento; no obstante, es responsabilidad del paciente saber qué servicios cubre su seguro.

Inicial: _____

ASISTENCIA

1. Todas las cancelaciones deben hacerse lo antes posible previo a las citas programadas, preferentemente no menos de 24 horas antes de la cita.

2. Si no asiste a una cita programada (y no llamó para cancelarla o reprogramarla), se considerará "ausente sin justificación". Haremos esfuerzos razonables para encontrarle un lugar basándonos en la disponibilidad, aunque esto no puede garantizarse.

Inicial: _____

3. Si usted no asiste (ausente sin justificación) a dos sesiones de terapia o cancela un total de tres citas, nos reservamos el derecho de darle el alta de la terapia. Le enviaremos una carta formal o llamaremos a su médico, administrador del caso y/o a su empleador/proveedor de seguros, y no se programarán más citas sin una nueva derivación de su médico.

4. La frecuencia de sus citas es determinada por su médico y su terapeuta en virtud de su lesión o afección, pero suele ser de 2 a 3 veces por semana. Las citas deben programarse al menos con una semana de anticipación.

5. Es su responsabilidad reprogramar las citas perdidas y lo animamos a hacerlo lo antes posible.



Bienvenido

PINS
89818 (10/11)

Etiqueta/información del paciente

Número de página: 1 de 2

Pacientes con compensación del trabajador:

Si es un paciente que recibe compensación del trabajador y no asiste a una cita programada, su empleador y ajustador recibirán una notificación de que no asistió a su cita de terapia programada. Los "ausencias sin justificación" y las cancelaciones pueden afectar a sus beneficios de compensación del trabajador.

Es su responsabilidad como paciente con beneficios de compensación del trabajador conocer la política de su empleador en cuanto a los horarios de citas de terapia. Si trabaja (incluso a tiempo parcial o con tareas restringidas) su empleador podría requerir que sus citas de terapia sean programadas durante horarios no laborales. Asegúrese de hacerle saber a su terapeuta los requisitos de programación de su empleador.

Todos los pacientes:

Notifique a su terapeuta si está embarazada, tiene un marcapasos, usa un audífono o si sufre de alguna enfermedad/afección médica grave.

Además, notifique a su terapeuta si hay algún cambio en su historia clínica durante su curso de terapia.

Leí y entendí la información que antecede. Acepto seguir estas pautas mientras participe en terapia y soy consciente de que este documento se archivará en mi historia clínica.

Firma del paciente

Fecha

Hora



Bienvenido

PINS
89818 (10/11)

Etiqueta/información del paciente

En algunas ocasiones su proveedor tendrá que ponerse en contacto con usted.

Al completar la información a continuación podremos atenderlo mejor.

Consentimiento para mensajes telefónicos

Para proteger su privacidad hemos desarrollado una política sobre dejar mensajes referentes a la atención médica:

- * NO dejaremos un mensaje con nadie que no sea el paciente o tutor legal.
- * NO dejaremos información confidencial en una contestadora automática.
- * NO dejaremos mensajes en correo de voz.

A MENOS QUE

TENGAMOS SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA HACERLO.

Lea a continuación y considere a quiénes autoriza a acceder a la información protegida sobre su atención.

Yo, _____, doy a HealthONE mi autorización para hablar y/o dejar mensajes telefónicos sobre mi atención médica y/o facturación en los siguientes. Comprendo completamente que este consentimiento mantendrá su validez hasta ser revocado por escrito.

Número de teléfono particular _____ Iniciales _____

Número de teléfono del trabajo _____ Iniciales _____

Número de teléfono celular _____ Iniciales _____

Cónyuge/tutor _____ Iniciales _____

Nombre: _____

Otro _____ Iniciales _____

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____



¿Cómo Podemos ponernos en contacto con usted?

ADMIN
89817 (01/12)

Etiqueta/información del paciente

Evaluación respiratoria de TB y de punto de ingreso de gripe aviar

Nombre: _____ Fecha: _____

Marque Sí/No en las siguientes preguntas.

¿El paciente tiene actualmente o tuvo en los últimos 7 días algunos de los siguientes síntomas?

	Sí (S)	No (N)
¿Fiebre por encima de 100.4 °F (38 °C)?		
¿Tos?		
¿Tos por más de 3 semanas?		
¿Tos con expectoración de sangre?		
¿Dolor de garganta?		
¿Sudoración nocturna?		
¿Pérdida de peso de causa desconocida?		
¿Fatiga?		
¿Antecedentes de TB o prueba cutánea de TB positiva?		
¿Contacto cercano con una persona que tiene tuberculosis?		
¿Contacto cercano con una persona que tiene una enfermedad similar a la gripe?		
¿Dolores corporales?		
¿Congestión nasal no vinculada a alergias o infección de los senos paranasales?		
¿Ha estado expuesto recientemente a una persona o ambiente donde podría haber chinches?		