



¡Bienvenido a Spooner! Gracias por elegir a Spooner como su socio de atención médica. Lea atentamente cada sección a continuación, firme y fecha en la parte inferior. Nuestro equipo está aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Todos los procedimientos se le explicarán a fondo antes de realizarlos. Existen ciertos riesgos inherentes con el tratamiento de terapia física / ocupacional porque se le pedirá que se esfuerce y realice actividades con grados crecientes de dificultad, lo que podría causar un aumento en su nivel actual de dolor o incomodidad, o podría agravar una lesión existente. También existe la posibilidad de que pueda experimentar una nueva lesión, pero el riesgo es pequeño. Usted será capaz de controlar cualquier procedimiento deteniéndose si siente algún aumento en el dolor o malestar. No es posible predecir con precisión su respuesta a un procedimiento específico, protocolo de ejercicio o modalidad, y Spooner no garantiza ningún resultado específico. El terapeuta físico / ocupacional y / o el asistente del terapeuta físico / ocupacional tomarán todas las precauciones razonables para garantizar que esté protegido de cualquier situación peligrosa. Es su derecho preguntar sobre el tratamiento planeado, ...

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He leído y entiendo completamente el Aviso de prácticas de privacidad de Spooner. Entiendo que si deseo recibir una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad, puedo solicitarlo en cualquier momento. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida para los fines que se indican en el Aviso de prácticas de privacidad de Spooner. Entiendo que me reservo el derecho de revocar este consentimiento notificando la práctica por escrito en cualquier momento.

Responsabilidad Financiera Del Paciente

Entiendo y reconozco que soy financieramente responsable del pago de los servicios que me proporciona Spooner, ya sea que esté utilizando los beneficios del seguro de salud o no.

Si elijo utilizar mis beneficios de seguro de salud para los servicios cubiertos, autorizo a Spooner a facturar mi seguro de salud en mi nombre y, por lo tanto, asigno todos los beneficios médicos a Spooner. Entiendo que es mi responsabilidad, como beneficiario del plan de salud, conocer los detalles de mis beneficios cubiertos. Entiendo que Spooner se comunicará con mi proveedor de seguros y verificará mis beneficios con la mayor precisión posible. Entiendo que la verificación de mis beneficios de seguro no es una garantía de pago. Entiendo que puedo recibir una declaración por todos y cada uno de los servicios no pagados no recopilados previamente. Si se agotan los intentos de cobrar los saldos pendientes, entiendo que puedo ser referido a una agencia de cobro. He leído y entiendo la información anterior.

Nombre del Paciente _____

Fecha de firma del Paciente _____ Fecha _____

Fecha de firma del tutor legal Fecha de firma _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN DE INDIVIDUOS DESIGNADOS

Autorizo a una o todas las partes designadas a continuación a solicitar y recibir la divulgación de cualquier información médica protegida con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas con el tratamiento y el pago. Entiendo que la identidad de las partes designadas debe verificarse antes de la divulgación de cualquier información.

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

Nombre del Paciente _____ Clínica _____ Fecha _____

Medicamento(s) que está tomando actualmente _____

CONDICIÓN	SI	NO	FECHA	CONDICIÓN	SI	NO	FECHA
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fractura/Huesos rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neuromuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mareo/Perdida del conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolor de cabeza/Migraña Coágulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	de sangre/Vascular Vejiga/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Embarazo # _____ Fechas _____			
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Otro _____			
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

QUIRÚRGICO	SI	NO	FECHA	Por favor describa
Reemplazo articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cirugía ortopédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cirugía de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Reducción de fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Manipulación de articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cirugía medula espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Otra(s) cirugía(s)			_____	_____

Por favor mencione sus limitaciones-restricciones actuales _____

DIGANÓSTICO	SI	NO	FECHA	Resultados
Rayos-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tomografía Axial (TAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Resonancia Magnética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Electromiografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Inyecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

DOLOR/SÍNTOMAS

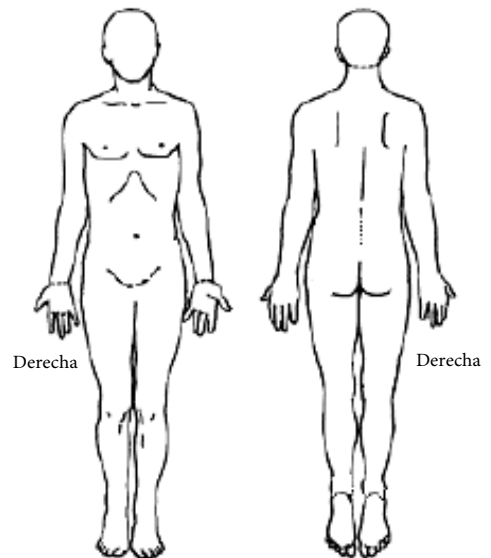
- Por favor indique su dolor en un día promedio usando la siguiente escala.

0 _____ 10
 No Duele _____ Visita a la sala de emergencias

- En el diagrama del cuerpo a la derecha, describa sus síntomas usando los siguientes símbolos:

(X) Agudo (+) Entumecimiento/Hormigueo (#) Dolor (B) Ardiente

Ha recibido terapia física, ocupacional o de lenguaje recientemente?	Si	No
Su lesión se debe a un accidente automovilístico o de trabajo?	Si	No
Ha sufrido dos o más caídas en el último año?	Si	No
Ha tenido una caída que haya resultado en un lesión en el último año?	Si	No



Firma del paciente _____ Fecha _____

Guardián legal _____ Fecha _____