



SPOONER

Gracias por elegir **Spooner Physical Therapy** como su proveedor de cuidados para la salud. Por favor lea cada sección, firme y escriba la fecha de hoy al final de la página. Nuestro equipo está aquí para asistirle si tiene alguna pregunta.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Todos los procedimientos le serán explicados a fondo antes de ser ejecutados.

Hay ciertos riesgos inherentes a la terapia física/ocupacional debido a que se le pedirá ejercer esfuerzo y realizar actividades con diferentes grados de dificultad, los cuales pueden causar un incremento en su nivel de dolor actual o incomodidad o incluso agravar una lesión existente. También existe la posibilidad de que usted sufra una nueva lesión, pero el riesgo de esto es mínimo. Usted podrá controlar y detener cualquier procedimiento si usted siente un aumento en el nivel de dolor o incomodidad.

El terapeuta físico/ocupacional y/o su asistente tomarán todas las precauciones necesarias para asegurar que usted esté protegido de cualquier situación de peligro. Usted no será forzado a realizar un procedimiento que no desee realizar.

Basado en la información arriba mencionada estoy de acuerdo en cooperar completamente y participar en todos los procedimientos de la terapia física/ocupacional y cumplir con el plan de atención como se establezca.

NOTA PARA PACIENTES: Para su seguridad personal, no utilice ninguna pieza de equipamiento sin un miembro de nuestro equipo presente.

AVISO DE PRIVACIDAD

He leído y entiendo completamente las prácticas de privacidad de Spooner Physical Therapy. Entiendo que, si deseo recibir una copia impresa de las misma, puedo pedirla en cualquier momento.

Autorizo el uso y revelación de mi información de salud personal para los propósitos mencionados en las prácticas de privacidad de Spooner Physical Therapy. Entiendo que conservo el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento al notificar por escrito a Spooner Physical Therapy.

CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Autorizo a Spooner Physical Therapy para usar mi información de salud protegida para propósitos de marketing dirigido, y/o solicitud de participación en estudios de investigación. Entiendo que tengo el derecho a una copia o inspeccionar cualquier usada para estos propósitos. También entiendo que esta autorización no afecta mi consentimiento para usar mi información de salud protegida para tratamientos, facturación u operaciones relacionadas con tratamientos y facturación.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Spooner Physical Therapy se pondrá en contacto con su seguro de salud y verificará sus beneficios tan precisamente como sea posible. Por favor mantenga a nuestro equipo informado sobre cualquier cambio en su información personal y/o seguro de salud para que su reclamo de seguro sea procesado pronta y completamente. La compañía de seguros puede tomar 4-8 semanas para procesar su reclamo de seguro. Autorizo a Spooner Physical Therapy cobrarle a mi seguro de salud por mí y de este modo otorgo todos los beneficios médicos a Spooner Physical Therapy.

Entiendo y reconozco que yo soy responsable financieramente por el pago de servicios que se me proveyeron y que pagaré al momento de recibir el servicio, sin importar si uso seguro de salud o no. Esto incluye, pero no está limitado a copago, coaseguro, y deducibles no cubiertos por seguro de salud. Entiendo que la verificación de mis beneficios no es una garantía de pago, y que la compañía de seguros determina el pago de dichos beneficios.

Entiendo que una multa de \$25 por cancelación/ausencia será agregada a mi balance si no notifico a la clínica que seré incapaz de presentarme a mi cita 24 horas previas a la hora programada.

Entiendo que recibiré un estado de cuenta por todos los servicios no pagados si no pago al momento de recibir el servicio. Si fallase en pagar el balance de mi cuenta después de recibir tres estados de cuenta, entiendo que mi cuenta puede ser referida a una agencia de cobros.

He leído y entendido la información arriba mencionada.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del guardián legal _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN DE PERSONAS DESIGNADAS

Autorizo a la(s) parte(s) designada(s) abajo a pedir y recibir la liberación de cualquier información de salud protegida con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas al tratamiento y pago. Entiendo que la identidad de la(s) parte(s) designada(s) deberá ser verificada antes de la liberación de cualquier información.

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

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

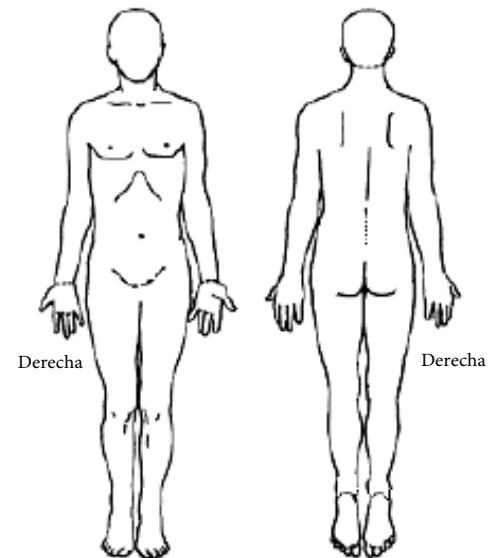
- Por favor indique su dolor en un día promedio usando la siguiente escala.

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 _____



COVID-19 RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Spooner Physical Therapy continúa monitoreando la situación del Coronavirus (COVID-19) y acepta adherirse a las pautas según las instrucciones de los Centros para el Control y la Enfermedad (CDC), La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), los Servicios Mundiales de Salud (ADHS). Spooner Physical Therapy continúa comprometido con la protección de la salud de nuestros pacientes, clientes y miembros del equipo en los esfuerzos por prevenir la propagación de todas las enfermedades infecciosas mediante la práctica de precauciones universales diariamente y mediante la utilización de la Política de Prevención de Enfermedades Infecciosas.

Durante este tiempo de pandemia, pedimos a todos los pacientes y clientes que lean y acepten lo siguiente:

- Acataré el proceso diario de detección de Spooner Physical Therapy para disminuir la propagación del virus y otros gérmenes, mientras promuevo un ambiente seguro para otros a la misma vez que recibo servicios.
- Entiendo que el virus COVID-19 tiene un largo período de incubación y los portadores del virus pueden no mostrar síntomas mientras son altamente contagiosos.
- Entiendo que Spooner Physical Therapy no promete un ambiente libre de virus, pero proporcionará desinfección y limpieza robustas de superficies y equipos de alto contacto durante todo el día.
- No haré responsable a Spooner Physical Therapy por daños, lesiones, enfermedades o en algunos casos de muerte en el caso de que creer haber contraído COVID-19 en Spooner Physical Therapy Clinic.

Nombre _____

Firma _____ Fecha _____

Si es menor de edad, tutor legal _____ Fecha _____