



FISICA/OCUPACIONAL/DEL LANGUAGE
MANEJO DE CIRUGIA ESTÉTICA

DATOS DEL PACIENTE

REFERIDO POR: _____ PRIMERA VISITA: _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____ SS# _____
DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
ZONA POSTAL _____ CASA# _____ TRABAJO/ CELULAR _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ CORREO ELECTRONICO _____
FECHA DE LA PRESCRIPCION _____ EMPLEADOR _____
TELEFONICO _____ EMPLEADOR DEL ESPOSO _____
#TELEFONICO _____ DIAGNOSTICO/ PROBLEMA _____
REFERIDO DEL DOCTOR _____ OFICINA# _____
DOCTOR PRIMARIO _____ OFICINA # _____
NOMBRE Y NUMERO EN CASO DE EMERGENCIA _____

Tipo de seguro _____
Nombre del seguro (es diferente al del paciente) _____
Numero del seguro _____
Numero del grupo _____
Direccion de reclamos _____
Numero del Telefono _____

(FOR OFFICE USE ONLY)

Private Pay Medicare Secondary Commercial ****Due each visit: \$** _____
In-Network Out-of-Network
Deductible: \$ _____ met _____ \$ _____ met _____
Insurance coverage: _____
Pt Copay/Coinsurance _____
PT limit? _____ PT: 97124? _____ OT: 97532? _____
Previous therapy this calendar year: _____ visits Home Health? _____

Nombre del paciente: _____

Historia del paciente

Día del accidente/ cirugía: _____ N/A Como ocurrió? _____

Cuando iniciaron sus síntomas/dolor: _____ N/A Usted tuvo este problema antes? Si No

Si si, cuando? _____ En que consistió el tratamiento: _____

Historial médico del paciente: Por favor seleccione

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Marcapasos/ implantado desfibrilador? | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | Hipertensión/Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de corazón/Angina | <input type="checkbox"/> | Deficiencia respiratoria/ Asma | <input type="checkbox"/> |
| Alergias (Medicamentos) | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cerebro vascular | <input type="checkbox"/> |
| Es usted es alérgico al látex? | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> | Es posible que este embarazada? | <input type="checkbox"/> |

Otro: _____

Cuales son sus metas con la terapia física? _____

En que lo limita para sus actividades de la vida diaria? _____

Cultural/Religioso- Alguna costumbre o tipo de religión que pueda afectar el tratamiento? _____

Ocupación: _____

Su trabajo es: sentado todo el tiempo De pie o caminando levantando/ subiendolo/alcanzando

Hace ejercicios regularmente? Si No Si si, con qué frecuencia? _____

Cuanto tiempo? _____

Que tipo de ejercicios hace? _____

Tiene dificultad para dormir por este problema? Si No

Si si, cuantas veces se despierta: _____ En que posición duerme: _____

Cual es su mejor forma para aprender? Ilustraciones Leyendo Escuchando

con Demostraciones

Otras _____

Por favor enumere los medicamentos que actualmente está tomando:

Tiene alguna radiografía MRI, u otro tipo de test? Si No

Si si cual es el resultado: _____

Nombre del paciente: _____

Por favor enuncie alguna cirugía que haya tenido y la fecha:

Tipo de dolor: Por favor selecciones abajo cual es el suyo.

Doloroso <input type="checkbox"/>	pulsante <input type="checkbox"/>	Agudo <input type="checkbox"/>	Como calambre <input type="checkbox"/>
Incomodo <input type="checkbox"/>	Constante <input type="checkbox"/>	Ocasional <input type="checkbox"/>	

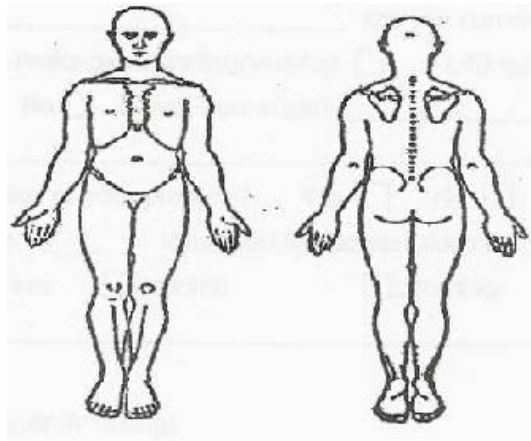
Su dolor empeora al: Por favor seleccione

Doblándose/ Agacharse <input type="checkbox"/>	Sentándose/ Levantándose <input type="checkbox"/>	De pie <input type="checkbox"/>	Caminando <input type="checkbox"/>	Acostado <input type="checkbox"/>
En la mañana <input type="checkbox"/>	En el trascurso del día <input type="checkbox"/>	En la tarde <input type="checkbox"/>	En reposo <input type="checkbox"/>	Al movimiento <input type="checkbox"/>

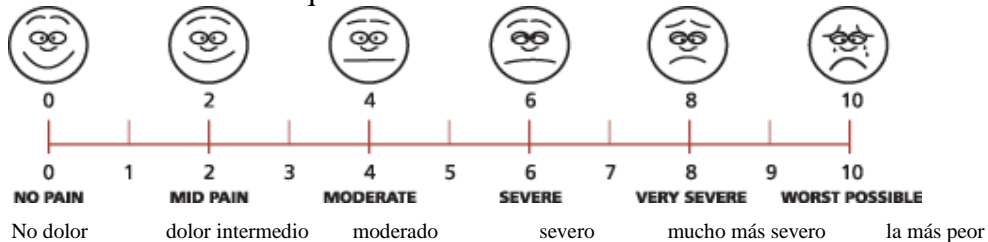
Su dolor disminuye al: por favor seleccione

Doblándose/ Agacharse <input type="checkbox"/>	Sentándose/ Levantándose <input type="checkbox"/>	De pie <input type="checkbox"/>	Caminando <input type="checkbox"/>	Acostado <input type="checkbox"/>
En la mañana <input type="checkbox"/>	Al progresar el día <input type="checkbox"/>	En la tarde <input type="checkbox"/>	Con el reposo <input type="checkbox"/>	Al movimiento <input type="checkbox"/>

Marque en el dibujo en cual aria esta su dolor



Por favor encierre con un círculo en que numero esta su dolor



La AUTORIZACION Y CONSIENTIMIENTO PARA el TRATAMIENTO

1. Yo la persona que firma, actuando de mi parte como el representante legalmente autorizado del paciente mencionado aquí debajo. Doy consentimiento al tratamiento proveído por SMART HEALTH SOLUTIONS, PA haciendo negocios como **Aspen Rehabilitation**. Estoy de acuerdo en recibir tratamiento por sus empleados, contratistas independientes, y socios que están relacionados Con el cuidado y tratamiento designado.
2. Entiendo y reconozco que soy completamente responsable del pago y cualquier carga para el cuidado y servicios proporcionados por Aspen Rehabilitation. Si tengo derecho a beneficios o seguro de cualquier tipo de ninguna póliza de seguro, incluyendo, pero no limitado a.: Medicare, Protección contra lesiones personales (PIP), o otro seguro de automóvil y seguro de responsabilidad civil donde me cubre a mi o cualquier partido que tenga responsabilidad civil (liability ins) asía mí, yo autorizo el pago de estos beneficios directamente a la Aspen Rehabilitation. Entiendo aún más y reconozco que Aspen Rehabilitation me facturará por cualquier Co-pago y/o balance pendiente después de que mi portador del seguro haya pagado o ha negado mi reclamo, y yo seré responsable por cualquier balance no pagado. Entiendo aún más que Aspen Rehabilitation puede mandar cualquier balance sobresaliente a una agencia de la colección y/o a un abogado de colecciones para recuperar los fondos sobresalientes y además el costo de colecciones y/o los gastos legales y judiciales será agregado al balance sobresaliente.
3. Entiendo que Aspen Rehabilitation puede compartir mi información medica, sin mi consentimiento o expresa autorización a mi médico, proveedores, pagadores, socios y otras entidades para el tratamiento, pagó o servicios de asistencia médica, mi firma abajo autoriza a compartir mi información y que ninguna información será compartida, usada, diseminada y coleccionada para cualquier otro objetivo, previamente descrito.
4. Entiendo que Aspen Rehabilitation proporcionara servicios de terapia con tratamiento que pueden implicar riesgos y lesiones. Reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía como resultado de mi examinación, cuidado, o tratamiento. Reconozco que tengo el derecho de solicitar una explicación de riesgo y beneficio de los servicios proporcionados.
5. Reconozco que Aspen Rehabilitation no es legalmente responsable por los actos o omisiones de sus contratistas independientes.
6. Entiendo que si recibo algún pago de mi compañía de seguro por servicios, inmediatamente (no más de 5 días) pagare estos pagos a Aspen Rehabilitation. _____ (*iniciales*)
7. Entiendo que la política de cancelación de citas de Aspen Rehabilitation debe hacerse con **24 horas de anticipación** o habrá un **cargo impuesto de \$ 40.00**, también entiendo que si no asisto a la terapia en 2 o más ocasiones me pueden cancelar los servicios de terapia. _____ (*iniciales*)
8. Yo por la presente reconozco que he recibido una copia de Aspen Rehabilitation sobre la NOTICIA DE PRACTICAS para mi revisión, anteriormente de recibir servicios iniciales de Aspen Rehabilitation, ahora o en el pasado.

Firma:

Fecha:

(El paciente o la persona autorizaron legalmente consentir para el paciente)

La relación con el paciente: _____

Paciente incapaz de consentir debido a: _____



9900 W. Sample Rd., Suite 102 Coral Springs, FL 33065
Office: (954) 341-7875 Fax: (954) 341-7895
www.AspenRehab.com