



# Formulario de registro del paciente – Compensación para trabajadores/MVA

Si no puede completar la documentación en inglés, espere a completar los formularios en la clínica donde hay servicios de interpretación disponibles.

Nombre del paciente:		Preferido:	
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal:			
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	Dirección de correo electrónico:
Teléfono particular:		Método de recordatorio de citas	
Teléfono celular:		<input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono celular	
Teléfono de oficina:		<input type="checkbox"/> Teléfono de oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Nombre de la pareja:	
Responsabilidad financiera: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Otra, indique:			
2º Contacto nombre/dirección:			
Teléfono del 2º contacto:		Relación:	
Médico general:		Remitido por:	

## Información sobre el seguro

¿Qué tipo de seguro tiene previsto facturar por estos servicios?  Seguro de automóvil  Terceros  Compensación laboral  
Además de proporcionar la información del caso a continuación - si facturaré su seguro de automóvil, proporcione también la información de su compañía de seguros de salud y proporcione una copia de su tarjeta de seguro.

Compañía de seguros:		Grupo #:	
Nombre del asegurado:		Póliza #:	

## Información del caso: accidente laboral, accidente de tráfico, lesiones personales, complete la siguiente información

<input type="checkbox"/> Accidente de tráfico <input type="checkbox"/> Terceros		Fecha del accidente:	Estado en que ocurrió el accidente:
<input type="checkbox"/> Compensación laboral			
Nombre del empresario/asegurado:		# de Teléfono:	
Dirección:			
Reclamación o caso #:			
Nombre de la enfermera gestora del caso / tasadora:			
Número de teléfono de la enfermera gestora de casos / tasadora:		# de Fax:	
¿Tiene intención de presentar una demanda por responsabilidad civil o tiene un litigio pendiente? En caso afirmativo, indique el nombre del abogado:		# de Teléfono:	

## Consentimiento para recibir tratamiento/asignación de beneficios/reconocimientos

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el personal de All Star Physical Therapy (All Star) y/o el profesional que me ha remitido realicen tratamientos/servicios para mí o en nombre del paciente arriba mencionado. Entiendo que tengo derecho a preguntar y a que se me responda a cualquier pregunta antes de recibir cualquier tratamiento, incluidos los riesgos o las alternativas al plan de tratamiento recomendado.

Asigno el pago de estos servicios directamente a All Star. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguros y autorizo a All Star a divulgar la información médica necesaria relacionada con estos servicios para procesar las reclamaciones. Certifico que la información que he facilitado es exacta y completa.

Al firmar este formulario, me comprometo a abonar puntualmente cualquier copago, coseguro y/o deducible exigidos. Acepto que los planes de seguros pueden denegar pagos por lo que creía que eran servicios cubiertos, lo que conlleva mi responsabilidad de pagar dichos servicios.

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que la práctica puede utilizar o divulgar mi información médica. Entiendo que mi información médica puede ser utilizada para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos o divulgaciones permitidos como se describe en el Aviso.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente





**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

**Política de cancelación/inasistencia y pago de tasas**

Es política de All Star controlar y gestionar las inasistencias a las citas y las cancelaciones tardías. La asistencia regular a las sesiones de terapia es crucial para que se recupere plenamente y vuelva a realizar las actividades que le gustan. Si no acude a una cita, perderá una oportunidad de progresar en su recuperación y afectará a nuestra capacidad para atender a otros pacientes que puedan necesitar atención urgente.

Si necesita cancelar o cambiar la cita, llame a la clínica.

Las citas programadas deben cancelarse o reprogramarse al menos 24 horas antes.

La falta de asistencia a su cita sin previo aviso de 24 horas puede resultar en una cuota de 50 dólares que se cargará directamente a usted como el paciente (no al seguro) para cada caso de una cita perdida.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE</b>	
Ocupación:	Altura:      Peso:      Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Actividades de ocio/pasatiempos:	
¿Usted es <input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo?	
¿Dónde vive? <input type="checkbox"/> Vivienda particular <input type="checkbox"/> Apartamento/habitación alquilada <input type="checkbox"/> Vivienda asistida/casa de acogida <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Otros:	
¿Con quién vive? <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Solo cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge y otras personas <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otros:	
¿Su vivienda tiene...? <input type="checkbox"/> Escaleras, sin barandilla <input type="checkbox"/> Escaleras, con barandilla <input type="checkbox"/> Rampas <input type="checkbox"/> Terreno irregular Por favor, explique:	
¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses?      ¿Tuvo como consecuencia una lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Durante el último mes, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado o le ha molestado tener poco interés o placer por hacer cosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado de salud general: Califique su estado de salud. <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
Indique a continuación cualquier alergia conocida (incluidos medicamentos, látex, etc.).	

<b>Historia social / Bienestar</b>	
¿Toma usted bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consume usted tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Con qué frecuencia ha completado al menos 20 minutos de ejercicio, como correr, montar en bicicleta o caminar a paso ligero, antes del inicio de su enfermedad? <input type="checkbox"/> Al menos 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca	

<b>Cirugía / Hospitalización, incluya la fecha y el motivo.</b>	

<b>Indique los medicamentos que toma actualmente</b> (con receta, sin receta y a base de plantas). También puede proporcionar a nuestro personal de oficina una lista para copiar.				
Nombre	Dosificación	Frecuencia	Indique la ruta	
			Oral	Parche    Tópica    Otras
			Oral	Parche    Tópica    Otras
			Oral	Parche    Tópica    Otras
			Oral	Parche    Tópica    Otras
			Oral	Parche    Tópica    Otras

<b>¿Está experimentando alguna de las siguientes situaciones?</b>			
Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores torácicos (angina de pecho)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos productiva/crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El dolor me despierta por la noche	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reciente, escalofríos, sudores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mareo/vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas visuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de audición/pitidos en los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Debilidad inusual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatiga o mialgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor o inflamación articular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cambios de peso inexplicables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Nombre del paciente:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?</b>			
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis - En caso afirmativo, tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades/Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedades autoinmunes En caso afirmativo, tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estimulador de la médula espinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno intestinal o vesical	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer - En caso afirmativo, sitio:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Actualmente embarazada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de habla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ictus/AIT	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

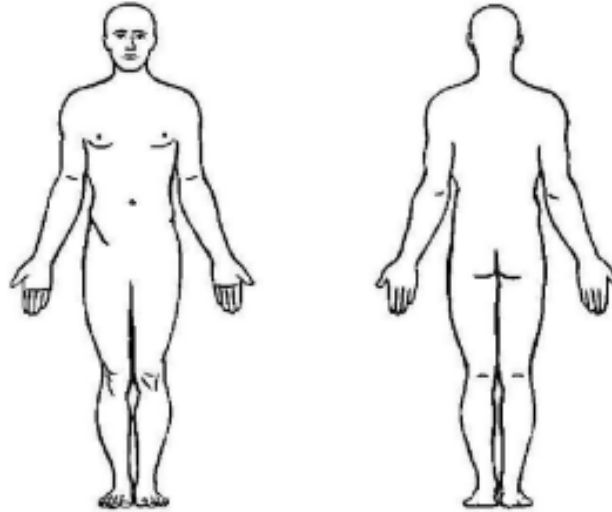
<b>Estado actual</b>
¿Cuándo empezó este problema o problemas/fecha de aparición?
Si es crónico, ¿cuándo buscó tratamiento médico?
¿Su estado actual está relacionado con una intervención quirúrgica reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique la fecha de la cirugía:
Describe el problema o problemas.
Explique cómo se produjo el problema o problemas.
¿Ha tenido este problema anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces?
Sus síntomas empeoran: <input type="checkbox"/> Por la mañana <input type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Por la noche <input type="checkbox"/> Igual todo el día
¿Cómo se está ocupando ahora de los problemas?
Mi dolor/problema es cada vez: <input type="checkbox"/> Peor <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Sigue igual
Mis síntomas me molestan: <input type="checkbox"/> Constantemente (100%) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (75%) <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (50%) <input type="checkbox"/> De vez en cuando (25%)
¿Tiene entumecimiento, hormigueo o ardor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque una opción: <input type="checkbox"/> Constantemente <input type="checkbox"/> Intermitentemente
¿Qué funciones podía realizar antes que ahora no puede?
Explique cualquier tratamiento específico que haya recibido para este problema, como fisioterapia o terapia ocupacional previas, visitas quiroprácticas, analgésicos, etc.
¿Le han hecho radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o gammagrafías óseas por este problema? En caso afirmativo, indique las fechas y los resultados.
¿Conoce alguna razón física por la que no deba recibir tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, díganos de qué se trata:
¿Cuáles son sus objetivos terapéuticos?

**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

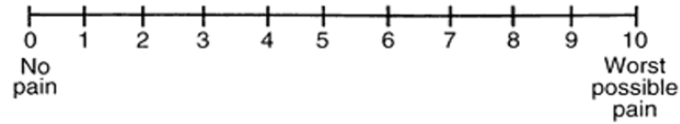
**Valoración de los síntomas**

Marca en el diagrama corporal la ubicación del(los) síntoma(s): O - Para el dolor  
X - Para entumecimiento/hormigueo/ardor



**Please rate your pain on a scale from 0 – 10 (0 = sin dolor; 10 = El peor dolor imaginable)**

Actual: /10      Mejor: /10      Peor: /10



**Avisaré al terapeuta si se produce algún cambio en mi estado físico que altere mi respuesta a alguna de las preguntas de este cuestionario.**

Firma del paciente/representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_