



Austin Regional Clinic
Fisioterapia
Paquete de información
512-231-5210

Terapeuta: _____
Fecha de cita : _____
Tiempo de cita: _____

- La forma de la referencia de su médico
- Complete el siguiente y traiga con usted:
 - Cuestionario del paciente
 - La Fisioterapia Forma Médica de Consentimiento
- Lleve ropa cómodo – como ir al gimnasio
Si usted ve Fisioterapia para problemas más bajo de la pierna
por favor utilice pantalones cortos

❖ La mayoría de las compañías de seguro requieren un co-pago para servicios de fisioterapia. Por favor ven preparó para pagar en el momento de su servicio. Bajo ciertas circunstancias nosotros ofrecemos planes de pago. Usted puede contactar su compañía de seguros a través del 1-800 número en su tarjeta de seguro si usted tiene cualquier pregunta acerca de sus beneficios de fisioterapia.



Fisioterapia - Nueva Paciente Información

¡Bienvenido a Fisioterapia en Austin Regional Clinic! Apreciamos la oportunidad de tratarle. Hay unas cosas que usted necesita saber para que su cita corre lisamente.

- Por favor recuerde a traer su referencia/prescripción y cualquier otra información su proveedor primario le dio.
- Por favor llene el papeleo que es proporcionado en este paquete antes de su tiempo de la cita. Si su papeleo no es completado, por favor llega por lo menos 15 minutos antes de su cita para completar el papeleo.
- Si usted llega más de 15 minutos después de su cita, nosotros necesitar a reprogramar su cita..
- Su cita inicial y la continuación de cuidado médico tendrá una duración aproximadamente 45 minutos.
- Por favor vista cómodamente, como si usted fuera al entrenamiento en un gimnasio. (Si usted ve Fisioterapia para problemas más bajo de la pierna por favor utilice pantalones cortos)
- Si hay dos o más citas perdidas sin notificación, nosotros podemos cancelar las visitas restantes y usted será referido atrás a su médico.
- Si usted necesita cancelar/reprogramar su cita, por favor llame por lo menos 24 horas en el avance para que pueos ofrecer su tiempo de la cita a otros pacientes.
- Usted puede contactar su compañía de seguros a través del 1-800 número en su tarjeta de seguro, si usted tiene cualquier pregunta con respecto a sus beneficios de fisioterapia.

Gracias por escoger Austin Regional Clinic Fisioterapia.

Sinceramente,
ARC-PT Staff

Austin Regional Clinic Fisioterapia

EL RESUMEN LOS DERECHOS DE PACIENTES Y RESPONSABILIDADES

Somos cometidos tratarle con compasión, cuidado, habilidad y respeto. Como uno de nuestros pacientes, usted tiene elecciones, derechos y responsabilidades..

USTED TIENE EL *DERECHO*:

- Ser tratado con dignidad y respeto
- Para saber los nombres y estatus profesional de las personas que sirven usted
- La intimidad
- La confidencialidad de sus registros
- Recibir información exacta sobre su salud-relacionado concierne para saber la eficacia
- Para saber la eficacia, efectos secundario y problemas posibles de todas formas de tratamiento
- ***Para tomar parte en escogiendo una forma de tratamiento***
- Para consentir a, o al desecho, cualquier cuidado de tratamiento
- Para seleccionar y/o cambiar a su proveedor de asistencia médica
- Para revisar sus historiales médicos
- A la información sobre servicios y el costo relacionado

USTED TIENE LA *RESPONSABILIDAD*:

- Para mantener las citas o cancelar en avanzado
- ***Para ser honesto acerca de su historia médico***
- Para preguntar por algo si usted no comprende
- Para seguir tratamiento el consejo e instrucciones médicas
- Para informar algún cambio significativo en síntomas o sin mejoría
- Para comprender su póliza de seguros con respecto a beneficios de fisioterapia
- Para respetar las polizas de la clinica
- Para proporcionar retroalimentación positivo y negativo acerca de servicios y polizas

NOTA DE CONSUMIDOR de INFORMTATION:

Las quejas con respecto a incumplimiento con el Acto de Fisioterapia, o con respecto a cualquier concesionario bajo el Acto, debe ser dirigido al:

Texas Board of Physical Therapy Examiners

333 Guadalupe, Suite 2-510
Austin, Texas 78701-3942
512-305-6900
Toll Free 800-821-3205 (Quejas)



Austin Regional Clinic Fisioterapia Información de Co-Pago

- Por que planes diferentes cargan co-pagos diferentes para fisioterapia, por favor verifica con su póliza acerca de su beneficios.
- Si su plan de seguro requiere un deducible o carga un porcentaje, nosotros facturaremos su seguro y la cantidad restante será facturada a usted.
- Si su plan de seguro requiere un co-pago, nosotros recoge el co-pago durante la visita. Su co-pago es generalmente el *co-pago de especialidad* y tendra que pago lo en cada visita a menos que arreglos de pago hayan sido establece anteriormente.
- Bajo ciertas circunstancias nosotros ofrecemos planes de pago. Si usted necesita un plan de pago, habla por favor con la recepción..
- Usted puede contactar su compañía de seguros a través del 1-800 número en su tarjeta de seguro, si usted tiene cualquier pregunta con respecto a sus beneficios de fisioterapia.

Gracias,

ARC Physical Therapy Staff

Evaluación de Rehabilitación / Historia Médico Confidencial

Nombre de Paciente: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Por favor completa las preguntas siguientes al mejor de su capacidad. Esto nos ayudará a desarrollar un tratamiento con usted que encuentra sus necesidades particulares.

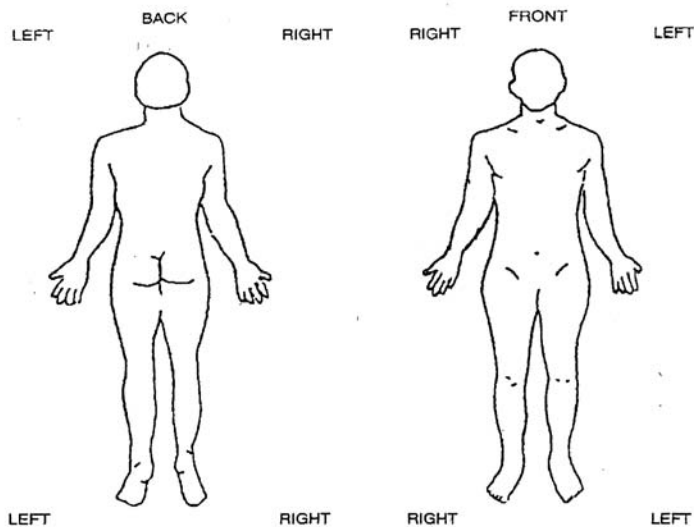
1. ¿Razon por esta visita? _____
2. La fecha de herida o de cuándo problema empezó: _____
 - a. La fecha se empeoró (si aplicable): _____
3. ¿Cómo empezó su problema actual? ____ levantando, ____ torcer ____ caer ____ accidente de automóvil ____ desconocido ____ doblar ____ otro: _____
4. ¿Fue hospitalizado usted para este problema? ____ Sí ____ No Si Usted contestó **sí**, por favor da las fechas : _____
5. ¿Tuvo usted prueba diagnóstico?(Rayos X, MRI, CT Scan) _____
¿Los resultados? _____
6. Por favor marque las áreas donde usted ha visto disminuya en sus capacidades con sus la mayoría de las condiciones recientes:

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Levantando/Bajando de su cama | <input type="checkbox"/> Levantar de estar sentado | <input type="checkbox"/> Caminando | <input type="checkbox"/> Balanza |
| <input type="checkbox"/> Manejar | <input type="checkbox"/> Arreglar | <input type="checkbox"/> Vueltar la cabeza | <input type="checkbox"/> Ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Llevando | <input type="checkbox"/> Doblar | <input type="checkbox"/> Trabajando | <input type="checkbox"/> Descansar |
| <input type="checkbox"/> Sentando | <input type="checkbox"/> Levantando objetos | <input type="checkbox"/> Pararse | <input type="checkbox"/> Recostar |
| <input type="checkbox"/> Tose/Estornudar | <input type="checkbox"/> Dormindo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

7. ¿Ha experimentado síntomas similar antes? __ Sí __ No
 - a. Indique en la diagrama de cuerpo donde sus síntomas ocurren:

Verifique qual síntomas ocurren:

- Dolorido
- Apuñalar
- Estar en Ascuas
- Entumecido
- Ardiente



- b. Indique su dolor utilizando la escala, el numero uno haciendo menos de su dolor y el numero diez hacienda su dolor mas severo:

Durante descanso: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Durante actividades: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nombre de Paciente: _____

8. ¿ Usted trabaja en este momento? Sí No.

Ocupación: _____

Si estas trabajando, es ¿obligaciones ligeras? ¿obligaciones regular?

9. ¿Qué tipo de ejercicio hace usted (antes de ser herida) y qué frecuencia? _____

¿En qué pasatiempos esta involucrado usted? _____

10. ¿ Si usted fue diagnosticado con cualquier del siguiente?

<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> enfermedad contagiosa
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/> enfermedad autoinmune
<input type="checkbox"/> Marcador de ritmo	<input type="checkbox"/> Reumatismo articular	<input type="checkbox"/> Problemas de GI	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltip	<input type="checkbox"/> Herida Abretar
<input type="checkbox"/> Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Dependencia de Drogas/Alcohol	

11. ¿Si usted tuvo un fractura del hueso? Sí No Sí, qual parte de su cuerpo: _____ Cuando: _____

12. Por favor liste las cirugías mayores con fechas: _____

13. ¿Ha tenido usted fisioterapia anterior, cuidado de quiropráctica o otro tratamiento? Sí No

14. ¿Fuma usted? Sí No Sí, cuantos paquetes por dia? _____

15. ¿Está usted embarazada? Sí No

16. Liste cualquier alergias de medicina o alergia de latex: _____

17. Liste toda de sus prescripciones o medicinas sin receta que usted toma actualmente o **proporciona con una lista separada:**

18. ¿Qué son sus objetivos para fisioterapia?

19. ¿Esta es una herida en relacion de trabajo? Sí No
Sí, es archivado por su seguro personal o la compensación de su trabajador? _____

CUESTIONARIO de EVALUACION

Nombre de Paciente: _____ DX: _____ Número de visitas: _____

Utilizar la llave debajo, por favor rodea una respuesta en cada caja que indica su capacidad de hacer las actividades .

Llave: (0 = incapaz) (1 = muy difícil) (2 = moderadamente difícil) (3 mínimamente difícil) (4= normal)

Actividad	Score				
1. Duerma normalmente	0	1	2	3	4
2. Arriba y Abajo Escalera	0	1	2	3	4
3. La Preparación del alimento/Cocinando/Comiendo	0	1	2	3	4
4. Caminando	0	1	2	3	4
5. Arreglar (bañarse,peinar pelo, rasurar, etc)	0	1	2	3	4
6. Levantádo/Bajando de un silla o cama	0	1	2	3	4
7. Vestirse – maneje vestire normal	0	1	2	3	4
8. Levantar/llevando hasta 10 libras.	0	1	2	3	4
9. Sentar por tiempo normales	0	1	2	3	4
10. Pararse por tiempo normales	0	1	2	3	4
11. Alcanzar encima de cabeza o a través de cuerpo	0	1	2	3	4
12 . Actividades/Deportes	0	1	2	3	4
13. Agachar para recoger un artículo.	0	1	2	3	4
14. Correr/Corriendo	0	1	2	3	4
15. Manejar	0	1	2	3	4
16. Los Requisitos del trabajo – puede hacer todas actividades necesarias de mi trabajo.	0	1	2	3	4

Escala de dolor - Rodee por favor el número que describe el dolor que usted ha experimentado sobre la semana pasada con 0 no es dolor y 10 el peor imaginable tenido.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Uso de oficina

	64
--	----

Austin Regional Clinic Fisioterapia

Consentimiento para tratamiento

Nombre de Paciente: _____

Fecha : _____

Yo por la presente autorizo a los terapeutas en Austin Regional Clinic en el Departamento de Fisioterapia realizar los tratamientos o los procedimientos aprobados por mi médico quien me refirió.

Reconozco que ningunas garantías ni expresado ni implicado, ha sido hecho a mí considero el resultado de cualquier tratamiento y/o procedimientos. Comprendo completamente que es imposible hacer cualquier garantía con respecto al resultado de cualquier tratamiento o el procedimiento médicos.

Yo recibí y revisó una copia del:

- **Nueva Paciente Información**
- **Los Derechos de Pacientes y Responsabilidades**
- **Información de Co-Pago**

(Firma de autorización)

(Fecha)