

Case: _____ Date of Evaluation: _____

Información personal

¿Desea recibir recordatorios de citas a través de: Email Text

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de telefono: _____ Email : _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

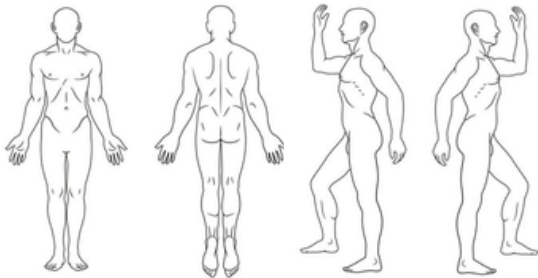
Pasatiempo: _____ ¿Cómo te enteraste de nosotras? _____

Lesión

Parte del cuerpo: _____ fecha de la lesión: _____ fecha de la cirugía: _____

Por favor, describe lo que te trae hoy: _____

Utilice el siguiente diagrama para marcar la ubicación de sus síntomas actuales.



Mis síntomas son: Constante Intermitente Crónico Nuevo

Mis síntomas mejoran si: _____

Mis síntomas empeoran por: _____

¿Cuál es su índice de dolor en las últimas 24 horas?



¿Cuál es su objetivo para la fisioterapia? _____

¿Con qué frecuencia haces ejercicio más de 20 min? ¿por día? 1x semana 2x semana 3x semana 4x semana 5x+ semana

Enumere cualquier diagnóstico reciente (rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, inyecciones, etc.): _____

¿Estás tomando algún medicamento? _____

Alergias: _____

Medical History

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> Cambios intestinales/vejiga | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Fiebre/sudoración/escalofríos | <input type="checkbox"/> Aumento/pérdida de peso inexplicable | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Cambios visuales | <input type="checkbox"/> Dificultad para pasar | <input type="checkbox"/> Dolor que te mantiene despierto | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/indigestión |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Mareos/ aturdimiento | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca rápida/palpitaciones | <input type="checkbox"/> Caídas |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Inicio reciente de dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Tos inexplicables |

Cirugías previas- describa: _____

¿Le han diagnosticado alguno de los siguientes?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Infecciones de huesos/articulaciones | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar/EPOC/SDRA | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal (hígado, úlcera, hernia, reflejo, vesícula biliar) Problemas vasculares/de circulación/coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1/2 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vejiga/urinaria/riñón | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad/trastornos de pánico |
| <input type="checkbox"/> Cáncer(cualquiera) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos | <input type="checkbox"/> Osteoartritis/artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular /ACV/AIT | <input type="checkbox"/> TB/ VIH/ Hepatitis A B C | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Deficiencias visuales o auditivas | |

La información anterior es completa, verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre _____ Firma _____ Fecha de hoy _____

Contacto/relación de emergencia:

Numero de telefono:

Información del seguro

Nombre:

Nombre:

Número de identificación:

Número de identificación:

Número de seguro social:

Número de seguro social:

Medicare? Y / N ¿Ha recibido fisioterapia este año calendario? Visits ¿Actualmente en atención domiciliaria? Y / N

>¿Tiene una receta de un médico o proveedor para fisioterapia? Sí/No

En caso afirmativo, ¿quién es su médico remitente?

Numero :

Fecha de regreso al médico:

>¿Estás buscando Terapia Física debido a un accidente laboral? Sí/No

Nombre del empleador:

Numero:

Dirección del empleador:

AJUSTADOR:

Numero:

Fax:

>¿Está buscando fisioterapia debido a un accidente automovilístico? Si/ No

Asegurancia de carro:

Numero:

número de reclamo:

>¿Está buscando fisioterapia a través de un caso de lesiones personales? Sí/No

Número de caso:

Abogado/a:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Consentimiento del paciente

Por la presente acepto y doy mi consentimiento a Performance Plus Physical Therapy para brindar atención y tratamiento de rehabilitación apropiados, según se considere necesario y en el mejor interés para atender la condición física. Entiendo que se explicarán los beneficios y riesgos de todas las intervenciones y que el paciente tiene el juicio final en dichos asuntos.

Aviso de prácticas de información para el paciente: He leído y entiendo completamente el aviso de prácticas de información de Performance Plus Physical Therapy.

Autorización para divulgar información del paciente: Por la presente autorizo a Performance Plus Physical Therapy a divulgar cualquier información de salud protegida (PHI) requerida en el curso de mi examen o tratamiento a la compañía de seguros, o sus afiliados, de los cuales proporcioné la información. También autorizo la divulgación de la información de la cita dejada en un correo de voz, contestador automático o mensaje de texto y entiendo el nivel de riesgo de privacidad asociado con estas formas de comunicación.

Consentimientos de HIPAA: De conformidad con las regulaciones de HIPAA, doy mi consentimiento para que las siguientes personas reciban información verbal sobre la facturación de mi cuenta.

Nombre/ Relación/ Fecha de nacimiento:

Nombre/ Relación/ Fecha de nacimiento:

Authorization to Pay: I hereby authorize payment directly to Performance Plus Physical Therapy, billing department, for medical services rendered. I understand that I am financially responsible for the charges not covered by my insurance. In the event of default, I promise to pay collection costs and reasonable fees as may be required to obtain collection of this account.

Attendance Agreement: At Performance Plus Physical Therapy, we understand that scheduling our services (\$90) and you should give more than three appointments in a row you will be discharged as a patient, and your care will be turned back over to you referring physician.

Workers Compensation: We are required to inform the carrier of all missed or canceled appointment. It is also required to rescheduled all missed appointments.

Authorization to Communicate Electronically: I understand authorized personnel from Performance Plus Physical Therapy may communicate with me regarding scheduling/ appointments, the treatment provided, home exercise programs, and educational content as it relates to my condition. I understand that my protected information will not be communicated electronically. I understand that I have the right to opt out of all future communications at anytime using the "unsubscribe" option on any forms/ text/email.

My signature below certifies that I've read , understand and fully agree to each statement in the document.

Nombre

Firma

Fecha de hoy

Tejido blando

La movilización de tejidos blandos ayudará a disminuir la tensión, tono, estrés y presión a las áreas circundantes. Aumentará el flujo sanguíneo, la movilidad, la flexibilidad y el rango de movimiento. La movilización de tejidos blandos promueve la realineación de las fibras y el alargamiento del colágeno. Factores de riesgo: Dolor, hematomas, petequias, contusiones, Aumento del ritmo cardíaco, Aumento de la frecuencia respiratoria.

Movilización conjunta

La movilización de las articulaciones ayudará a aumentar la flexibilidad de las articulaciones, el flujo sanguíneo y la nutrición, el rango de movimiento y la lubricación de las articulaciones. También ayudará a disminuir el tejido cicatricial, las adherencias y el riesgo de capsulitis (en las articulaciones congeladas). Factores de riesgo: dolor, esguinces, torceduras, fracturas de articulaciones, hematomas.

Extensión

El estiramiento ayudará a aumentar el flujo sanguíneo, la flexibilidad del colágeno, el alargamiento, la movilidad, la flexibilidad y el rango de movimiento. También ayudará a disminuir el estrés en las áreas circundantes. Factores de riesgo: dolor, distensiones, desgarros, disminución del rendimiento muscular.

Ejercicio

Hacer ejercicio ayudará a aumentar la fuerza, el control motor, el control neuromuscular, la estabilidad, el equilibrio, el flujo sanguíneo y la lubricación de las articulaciones. Ayudará a mejorar la resistencia cardiovascular, la resistencia aeróbica, la fuerza anaeróbica, la función con las AVD, la postura, la marcha y la función neurológica. Hacer ejercicio ayudará a disminuir el riesgo de cáncer, obesidad, riesgo de enfermedades cardíacas, adherencias y tirantez. Promueve la curación y ayuda con la circulación. Factores de riesgo: Dolores, esguinces, distensiones, fracturas de articulaciones, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la fatiga, dolores musculares, dolores en las articulaciones, mareos.

Descompresión miofascial

La descompresión miofascial es un estiramiento de los tejidos blandos que ayuda a aumentar el flujo sanguíneo, movilidad, flexibilidad y facilitar la curación. Ayudará a la reeducación neuromuscular, mejorará el control motor y eliminará toxinas. Factores de riesgo: Dolor, petequias, hematomas y decoloración, Aumento de la temperatura corporal, respuesta vasovagal, Aumento de la frecuencia cardíaca, Aumento de la frecuencia respiratoria. Irritación de la piel, estiramiento excesivo de la piel, ordenar la tensión del tejido.

Estimulación eléctrica

La estimulación eléctrica E-stim ayuda a disminuir el dolor, la tirantez, el tono y el tejido cicatricial. Ayuda a aumentar el flujo sanguíneo y la nutrición, así como la circulación. E-stim ayuda con el control neuromuscular (NMES), el fortalecimiento muscular y la reeducación muscular. Factores de riesgo: Dolor, quemaduras, shock, palpitaciones del corazón, dolor nervioso, dolor muscular.

Vendaje

El vendaje ayuda a la reeducación neuromuscular, el control postural, el fortalecimiento y la estabilidad. También ayuda a aumentar la flexibilidad. Factores de riesgo: Irritación de la piel, dolor.

Hielo

El hielo ayudará a disminuir la inflamación, el flujo sanguíneo, la vasoconstricción y el dolor. También ayudará a promover la curación. Factores de riesgo: irritación de la piel, rigidez, dolor, quemadura.

Calor

El calor ayudará a aumentar el flujo sanguíneo y disminuir la opresión y el dolor. También ayudará a promover la relajación curativa. Factores de riesgo: Quemaduras, aumento de la inflamación, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la presión arterial.

Tracción mecánica/Tracción manual

Tracción mecánica Es un dispositivo que se utiliza para proporcionar una fuerza longitudinal a la columna cervical o lumbar. Tracción Aumenta el espacio entre las vértebras y estira los músculos circundantes para aliviar el dolor debido al pinzamiento de los nervios. Factores de riesgo: Esguinces, distensiones, hematomas, fracturas de articulaciones, y disminución del rendimiento muscular.

Terapia Acuática

La terapia acuática ayudará a disminuir la compresión y el impacto en las articulaciones y los músculos. Ayudará con el fortalecimiento, la flexibilidad, la sangre ahora, la circulación, y retorno de sangre. También ayudará con la hidratación de las articulaciones y discos. La terapia acuática ayudará con el equilibrio, la asistencia al rango de movimiento, la resistencia cardiovascular y la función respiratoria. educación neuromuscular, entrenamiento de la marcha, fortalecimiento del core y drenaje linfático. También promoverá la presión hidrostática para el retorno de sangre y la reducción del edema. Factores de riesgo: ahogamiento, irritación de la piel, dolor, sensibilidad al frío, sensibilidad al sol, tensión muscular, tensión articular.

1. Entiendo y reconozco los riesgos descritos anteriormente.
2. Autorizo a PPPT a evaluar mi condición e implementar un programa de tratamiento para que lo lleve a cabo.
3. Acepto informar inmediatamente a mi terapeuta de cualquier aumento de dolor o malestar o cualquier cambio en mi condición física para que mi programa de tratamiento pueda ajustarse adecuadamente.
4. Autorizo a PPPT a comunicarse con mi médico sobre mi condición física y mi programa de tratamiento.

Nombre

Firma

Fecha de hoy