

## CUESTIONARIO DE PRESELECCIÓN DE PACIENTES

Debido a la pandemia COVID-2019 en curso, todos los cuidadores/pacientes deben completar este formulario antes de ser vistos en ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center. Su visita está sujeta a aprobación al completar este formulario. Con efecto inmediato, sólo 1 adulto debe acompañar al paciente, los niños que no están siendo vistos como pacientes también están restringidos. Estas reglas se están aplicando para mantener a nuestros pacientes y personal, así como al resto de sus seres queridos seguros y saludables.

	Sí	NO
¿Le han diagnosticado COVID-19? <b>EN CASO AFIRMATIVO, CUANDO</b>		
El paciente, cuidador o cualquier persona en su hogar ha viajado fuera <b>de los EE.UU. en las últimas 2 semanas (14 días)</b> <b>EN CASO AFIRMATIVO, DONDE _____</b>		
El paciente, cuidador o cualquier persona en su hogar ha viajado <b>fuera de Maryland en las últimas 2 semanas (14 días)</b> <b>EN CASO AFIRMATIVO, DONDE _____</b>		
¿En las últimas 2 semanas (14 días) el paciente, cuidador o cualquier persona en su hogar ha tenido contacto con cualquier persona sospechosa de haber contraído coronavirus (COVID-19)? Incluyendo la <b>prueba</b> de COVID-19, y estar en autoaislado para COVID-19		
¿En las últimas 2 semanas (14 días) el paciente, cuidador o cualquier persona en su hogar ha tenido contacto con cualquier persona confirmada que ha contraído coronavirus (COVID-19)?		
¿El paciente o el cuidador ha estado expuesto actualmente a alguien <b>con síntomas similares a los de la gripe (tos, dificultad para respirar o fiebre)</b>		
<b>POR FAVOR, CIRCULE SI LOS SÍNTOMAS ESTÁN SIENDO EXPERIMENTADOS POR EL CUIDADOR, EL PACIENTE O AMBOS</b>		
EN LAS ÚLTIMAS 72 HORAS EL PACIENTE O CUIDADOR TIENE EXPERIENCIA		
FIEBRE mas de 100.4 F (38.0 C)		
TOS		
SORETHROAT / PERDIDA DE OLOR O SABOR		
DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
DOLORES MUSCULARES		
DOLORES DE ESTÓMAGO		
VÓMITOS O DIARREA		
OJOS ROJOS		
ERUPCION EN LA PIEL		
FATIGA O MALESTAR		

**\*\*Por favor, devuelva este formulario a la recepción cuando se haya completado\*\***

Al firmar a continuación, certifica que las respuestas anteriores son verdaderas. No responder con veracidad o retener información intencionalmente conducirá a la eliminación inmediata de nuestra práctica y puede estar sujeto a las leyes aplicables durante esta pandemia.

Paciente/Cuidador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Temperatura del cuidador: \_\_\_\_\_

Temperatura del paciente: \_\_\_\_\_



## Políticas y consentimiento y autorización del paciente

### Política del plan de tratamiento:

Gracias por elegir ARSO Neuro Rehab y el centro ortopédico para sus necesidades de fisioterapia. Nuestra visión es brindar servicios especializados de fisioterapia a las personas para que logren sus metas más altas y superen las limitaciones funcionales. Creemos en un enfoque personalizado de la fisioterapia, ya que no hay dos personas iguales. Los tratamientos son individualizados para ser concisos, significativos y restauradores.

Para lograr el mejor resultado posible de su plan de tratamiento de fisioterapia, es imperativo que asista a todas las sesiones de fisioterapia programadas y haga su mejor esfuerzo. Tenga en cuenta que su dolor puede cambiar a medida que avanza en su plan de tratamiento. Si experimenta más dolor, es fundamental que acuda a su cita programada. Si su dolor está disminuyendo, aún es importante continuar con su plan de tratamiento establecido para evitar problemas futuros por la lesión.

### Política financiera:

Como cortesía, facturaremos a la compañía de seguros principal de nuestros pacientes si se nos proporciona la información necesaria. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador (si corresponde) y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Por lo tanto, es responsabilidad del paciente determinar lo que su compañía de seguros permite para la terapia, obtener la aprobación previa (si es necesario) y hacer un seguimiento con su compañía de seguros en todas las visitas no pagadas. **Los copagos se deben realizar al comienzo de cada visita.**

En caso de que su seguro niegue el pago o la cobertura por cualquier motivo, usted es responsable de todos y cada uno de los cargos facturados.

**Política de cancelación:** Requerimos un aviso con 24 horas de anticipación para cualquier cancelación. Si no puede dar el aviso con 24 horas de anticipación o

Si no se presenta a su cita programada, se le facturará una tarifa administrativa de \$75.

**Reconocimiento de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad:** Con mi firma a continuación, reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center LLC.

**Consentimiento y liberación del paciente:** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por el servicio prestado, independientemente del litigio, el reembolso del seguro o las reclamaciones pendientes por pérdidas y lesiones. Entiendo que el padre que acompaña al menor para el tratamiento será responsable del pago. Solicito y doy mi consentimiento para la realización de la evaluación, el tratamiento y los procedimientos. Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento y que puedo interrumpir el tratamiento o cualquier procedimiento en cualquier momento.

Autorizo a ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC a divulgar cualquier información necesaria solicitada por mi compañía de seguros y autorizo el pago directamente a ARSO Neuro Rehab and Orthopedic Center, LLC por cualquier beneficio disponible bajo mi plan de seguro.

Autorizo el tratamiento del paciente nombrado en estos Formularios de Admisión y acepto pagar todas las tarifas y cargos por dicho tratamiento. Acuso recibo, previa solicitud, de una copia de este acuerdo. Acepto los términos establecidos en el siguiente formulario con respecto a las tarifas y cargos de cobranza. Acepto pagar los honorarios de los abogados y los costos judiciales, y cualquier cargo financiero o de intereses, y una tarifa de cobro adicional del 33.33% del saldo de la cuenta si se entrega a una agencia de cobro además del saldo de la cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si este acuse de recibo está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente: Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**información del Paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_\_  
 Último Primero M.I.

Dirección: \_\_\_\_\_

. Calle Ciudad Estado

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil / Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Padre o tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Es ¿Paciente empleado? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Estudiante a tiempo completo . Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador o escuela: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Dr. de referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra oficina: Sitio web \_\_\_ Internet \_\_\_ Amigo/ Familiar \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**información de Seguro**

Compañía de Seguros Primarios: \_\_\_\_\_ ID de política#: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ID de grupo #: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros Secundarios: \_\_\_\_\_ ID de política#: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ID de grupo #: \_\_\_\_\_

¿Su lesión está relacionada con el trabajo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Su lesión está relacionada con un accidente automovilístico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Si su lesión está relacionada con el trabajo o es una lesión automovilística, complete lo siguiente:**

Empleador en el momento de la lesión: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Empleador Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador #: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Claim #: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono del ajustador #: \_\_\_\_\_

## información de Salud

Fecha de inicio del dolor o lesión: \_\_/\_\_/\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Cómo se lesionó? \_\_\_\_\_

Cirugías realizadas y fechas (si corresponde): \_\_\_\_\_

Embarazada o posiblemente embarazada (si corresponde): Sí No \_\_\_\_\_ ¿Fuma o consume tabaco?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Tiene antecedentes de caídas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última caída? \_\_\_\_\_

¿Te has hecho alguna prueba diagnóstica? (Ej. Radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, etc.). En caso afirmativo, ¿cuáles son los hallazgos/resultados específicos?

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus objetivos de fisioterapia? \_\_\_\_\_

### Historial Médico:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Sin antecedentes médicos previos        | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus tipo 1               | <input type="radio"/> Fisioterapia previa                   |
| <input type="radio"/> Artritis reumatoide o artrosis          | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus tipo 2               | <input type="radio"/> Psicosocial (depresión, etc.)         |
| <input type="radio"/> Enfermedades cardiovasculares/cardíacas | <input type="radio"/> Alergias (alimentarias o de otro tipo) | <input type="radio"/> Dolor nocturno                        |
| <input type="radio"/> Pérdida/aumento de peso inexplicable    | <input type="radio"/> Antecedentes quirúrgicos               | <input type="radio"/> Cáncer                                |
| <input type="radio"/> Cambios en los intestinos/vejiga        | <input type="radio"/> Osteoporosis/Osteopenia                | <input type="radio"/> Convulsiones                          |
| <input type="radio"/> Enfermedad de inmunodeficiencia         | <input type="radio"/> Mareos                                 | <input type="radio"/> Marcapasos/Implante de cualquier tipo |
|   |  | <input type="radio"/> Otro                                  |

Sírvase describir: \_\_\_\_\_

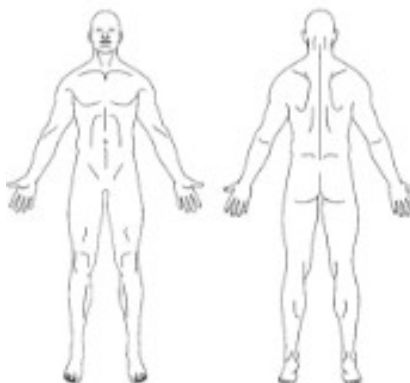
¿Con cuál de las siguientes actividades funcionales tiene dificultades debido a su afección/dolor?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Dormir   | <input type="radio"/> Sentado/de pie                               |
| <input type="radio"/> Actividades de cuidado personal (es decir, vestirse/bañarse, etc.) | <input type="radio"/> Agacharse/ponerse en cuclillas               |
| <input type="radio"/> Actividades de la vida diaria                                      | <input type="radio"/> Movilidad/caminar/escaleras (ascender/bajar) |
| <input type="radio"/> Empujar/tirar/alcanzar   | <input type="radio"/> Actividades fuera de casa                    |
| <input type="radio"/> Elevación/transporte   | <input type="radio"/> Otro: _____                                  |

¿Cuál de las siguientes opciones mejora su dolor?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Sentada                                  | <input type="radio"/> Siéntate para ponerte de pie. |
| <input type="radio"/> En pie                                   | <input type="radio"/> Doblamiento                   |
| <input type="radio"/> Andante                                  | <input type="radio"/> Tumbado/elevación             |
| <input type="radio"/> Medicamento o crema tópica para el dolor | <input type="radio"/> Hielo o calor                 |
| <input type="radio"/> Descansando                              | <input type="radio"/> Otro: _____                   |

Marque con una "x" el diagrama del cuerpo donde siente los síntomas actuales de dolor. Marque con una "o" si los síntomas de entumecimiento/hormigueo/alfileres están presentes en las siguientes figuras.



: PLOF \_\_\_\_\_