ADVANCED PHYSICAL THERAPY

Formulario de admisión de fisioterapia

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿Quién te refirió? _____

Historia

Frecuencia de ejercicio: _____ Tipo(s) de ejercicio: _____

¿Usted fuma? Sí | No ¿Alguna vez has fumado? Sí | No ¿Con qué frecuencia? Sí | No

¿Estás embarazada? Sí | No ¿Tiene un marcapasos? Sí | No

Alergias:_____

¿Qué medicamento está usando actualmente? _____

Quejas/cirugías previas: _____

Diagnósticos previos/mediación: _____

Queja

¿Cuál es su principal queja? _____

Fecha de inicio: _____ Posible causa: _____

Síntomas:_____

Médicos anteriores atendidos por queja: _____

Tratamiento previo para la queja: _____

Síntomas Factores Agravantes: _____

Factores de alivio de los síntomas: _____

Los síntomas de la hora del día son mejores: _____

Duración actual del dolor: ☐ constante ☐ intermitente ☐ con ciertos movimientos

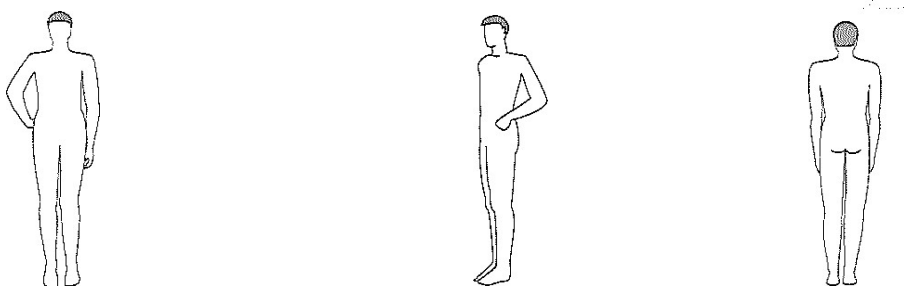
Nivel actual de dolor: ☐ leve ☐ moderado ☐ severo ☐ insoportable

¿Su dolor está mejorando o empeorando? _____ ¿Ha tenido esta lesión antes? _____

¿Tienes alguno de los siguientes hoy? (Marque todo lo que corresponda)

☐ AIDS/HIV	☐ Anemia	☐ Angina	☐ Arteriosclerosis
☐ Arthritis	☐ Asma	☐ Coágulos de sangre	☐ Infección ósea
☐ Cáncer	☐ Dependencia química	☐ Problemas de circulación	☐ Depresión
☐ Diabetes	☐ Epilepsia	☐ Infección ocular	☐ Problemas cardíacos
☐ Hemofilia	☐ Presión arterial alta/baja	☐ Infección articular/ósea	☐ Problemas hepáticos
☐ Problemas pulmonares	☐ Esclerosis múltiple	☐ Problemas musculoesqueléticos	☐ Neumonía
☐ Accidente cerebrovascular	☐ ETS	☐ Tuberculosis	☐ Infección urinaria

Marcar el área de incomodidad



Firma del Firma paciente:_____ **Fecha:** _____

ADVANCED PHYSICAL THERAPY

Consentimiento informado en fisioterapia

Nombre del paciente: _____ **Data de nacimiento:** _____

La fisioterapia implica el uso de muchos tipos diferentes de evaluación y tratamiento físico. En Advanced Pain Care Physical Therapy, utilizamos una variedad de procedimientos y modalidades para ayudarnos a intentar mejorar tu función. Como ocurre con todas las formas de tratamiento médico, la fisioterapia conlleva beneficios y riesgos.

Tienes derecho a preguntar a tu fisioterapeuta qué tipo de tratamiento planea según tu historial, diagnóstico, síntomas y resultados de las pruebas. También puedes hablar con tu terapeuta sobre los posibles riesgos y beneficios de un tratamiento específico. Tienes derecho a rechazar cualquier parte de tu tratamiento en cualquier momento o durante la sesión.

En Advanced Pain Care Physical Therapy tratamos a varios pacientes en tiempos establecidos. Por motivos de privacidad del paciente, no se permitirá la entrada a familiares o cuidadores en la sala de Fisioterapia. Hay una sala de espera situada fuera de la sala.

AVISO DE DOCUMENTACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): Nuestra consulta utiliza tecnología de inteligencia artificial (IA) dentro de nuestro sistema de historias clínicas electrónicas (EHR) para ayudar con la documentación administrativa y clínica, incluyendo el dictado y la transcripción de las visitas a consulta.

_____ _____

Firma del paciente Fecha