



## **Bienvenido a Arrowhead Orthopaedics Fisioterapia, y gracias por confiarnos su terapia y rehabilitación.**

Estamos comprometidos con su bienestar, y para ayudar el la consecución de un nivel óptimo de funcionalidad y calidad de vida en el hogar, en el trabajo y en entornos de ocio.

La terapia es un proceso dinámico, que requiere un espíritu de compromiso y trabajo en equipo.! Nuestro personal trabajará con usted y le guiará durante todo el proceso.!Sin embargo, es su participación activa y la participación sobre una base consistente que asegure un resultado exitoso.

Como usted sin duda sabe, las compañías de seguros han asumido un papel más amplio en la prestación de asistencia sanitaria, incluidos los servicios de terapia.!Muchas de las empresas limitan la autorización para un período fijo de tiempo (por ejemplo, dos semanas).!Otros requieren que nosotros les notificamos de cancelaciones y cuando no se presenta.

Citas perdidas limitan el progreso que usted puede esperar para hacer, poner en peligro los beneficios del seguro y la inconveniencia sus terapeutas.!Usted puede ayudar a asegurar un resultado exitoso y proteger sus beneficios mediante la observación de las siguientes directrices:

- Mantener todas las citas programadas
- Si tiene que perder una cita programada, por favor nos dé aviso amplio. Usted puede cancelar en persona, o llamada a nuestra oficina y dejar un mensaje si nadie responde.!Si usted no se presenta le daremos una llamada de cortesía a reprogramar. Tienes 24 horas para llamarnos y confirme su próxima cita. Si no lo hace, nos reservamos el derecho de cancelar sus citas futuras hasta que recibimos respuesta de usted.!0!\$3!&'/01&8/\$@! También vamos a notificar a su ajustador(es).!

Gracias por su cooperación.

Estoy comprometido con el éxito de mi programa de terapia y voy a hacer mi parte para garantizar los mejores resultados.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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



## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

Doy mi consentimiento a Arrowhead Orthopaedics (AO), su personal, médicos y otros profesionales para proporcionar y realizar el cuidado médico de este tipo, pruebas, procedimientos, y otros servicios que se consideran necesarios o beneficiosos por Arrowhead Orthopaedics para mi salud y bienestar. Esto también incluye el tratamiento de un menor de edad (menores de 18).

## LIBERACIÓN DE EXPEDIENTE MÉDICO

Por la presente autorizo a todos los documentos médicos necesarios, historial de recetas, y / o estudios de diagnóstico serán entregados a Arrowhead Orthopaedics para la gestión de mi cuidado.

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado el *Notificación de Prácticas Privadas*, que describe el uso y divulgación de mi información de salud protegida que ocurrirá durante el pago de mi tratamiento y la factura. El *Notificación de Prácticas Privadas* también describe mis derechos y los deberes de Arrowhead Orthopaedics con respecto a mi información de salud protegida.

## LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo entiendo que Arrowhead Orthopaedics divulgará mi información de salud: (1) a cualquier proveedor de atención médica para solicitar mi diagnóstico adicional, cuidado o tratamiento o para fines de pago o la asistencia sanitaria de funcionamiento de dicho proveedor; (2) a cualquier persona o entidad que puede ser responsable de la facturación / cobro de las reclamaciones por servicios médicos o productos; (3) a cualquier persona o entidad que es, o puede ser responsable a Arrowhead Orthopaedics o yo para la totalidad o parte de los cargos de Arrowhead Orthopaedics, incluyendo pero no limitado a, compañías de seguros, HMO o terceros pagadores; (4) a cualquier agencia gubernamental u otra organización responsable de la supervisión de Arrowhead Orthopaedics o un tercero pagador; (5) para operaciones de cuidado de la salud normal de Arrowhead Orthopaedics. Yo entiendo que Arrowhead Orthopaedics puede comunicar información, incluyendo información protegida de salud conmigo por teléfono, correo electrónico, a través del Portal del Paciente AO Direct. Entiendo que para garantizar la continuidad de la atención, los proveedores y el personal de Arrowhead Orthopaedics tendrán acceso a la información en mi historial médico electrónico.

## COMUNICACIÓN DE CONSENTIMIENTO (Marque para confirmar la aprobación del método)

Estoy de acuerdo en permitir que AO en contactarme usando el método (s) siguiente con respecto a mi información personal de salud, la evaluación y el tratamiento. AO está autorizado para dejar mensajes para mí cuando no estoy disponible, como se indica abajo:

### Método de Preferencia del contacto: Casa Celular Trabajo

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa: (        ) _____     | Mensajes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Teléfono celular: (        ) _____     | Mensajes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo: (        ) _____ | Mensajes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____              |   |

Autorizo AO y el personal médico para hablar de mi información personal de salud con las personas que se mencionan abajo. Entiendo dejando espacios en blanco, estoy indicando mi elección que yo no quiero que mi información se comparta con o entregada a cualquier persona.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

## ESTOY DE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO PARA TODOS LOS ANTERIORES.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente / Representante legal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Si es firmado por el representante legal (imprima nombre) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Terapia Físical y Ocupacional - Formulario de Admisión de Pacientes

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Niños dependientes menores de 5 años: \_\_\_\_\_ Mano dominante: derecha / izquierda / las dos (*circule uno*)

Fecha de accidente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha de cirugía: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Usted esta (circule uno): Empleado / con madificaciones / desempleado / retirado discapacitado: temporal / permanente

Occupación: \_\_\_\_\_ Funciones principales del trabajo: \_\_\_\_\_

Actividades recreativas : \_\_\_\_\_

### HÁBITOS DE SALUD

Mi salud general es: Mala Mas O Menos Buena Excelente (*circule uno*)

Mi dieta es: Mala Mas O Menos Buena Excelente (*circule uno*)

Usted fuma? Si / No Si fuma, cuanto por lo regular? \_\_\_\_\_

Usted toma? Si / No Si tomas bebidas alcohólicas, cuanto por lo regular? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

Fechas *Pertinente* Asuntos importantes en su salud (cirugías, accidentes, enfermedades, etc.)

---

---

---

Otros problemas medicos / alergias: \_\_\_\_\_

Usted es un paciente de un centro de enfermería Si / No (*circule uno*)

Usted tiene un marcapasos? Si / No (*circule uno*)

Usted a tenido rayos X o MRI por la condición presente? Si / No (*circule uno*)

Cual fueron los Resultos? \_\_\_\_\_

Que medicamentos está tomando usted?

Medicamento:	Dosis?	cuantas veces?	La Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Usted a tenido terapia física para la condición presente? Si / No (*circule uno*)

Si es si, donde? \_\_\_\_\_

Si es si, que ayudo a su condición? \_\_\_\_\_

Si es si, que dificulto su condición? \_\_\_\_\_

### CONDICION ACTUAL

Como se lastimo? \_\_\_\_\_

Desde el inicio de su condición, como siguen sus síntomas: (circule uno)

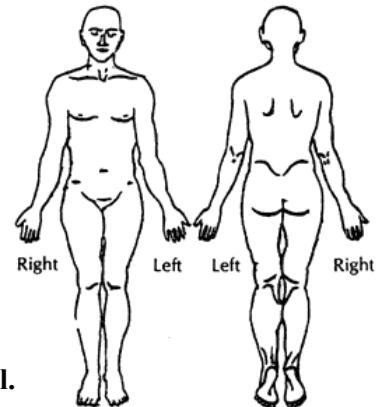
Mejor / Peor / Igual

Use el diagrama a la derecha para indicar la ubicación de sus síntomas o dolor:

Describe sus síntomas (pulsando, quema, puñalada, dolorido, extendiéndose, etc):

---

---



En la escala siguiente, encierre en un círculo el número que indique su dolor actual.

No Dolor	Poco Dolor			Moderado Dolor			Fuerte Dolor			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor	Muy suave	Incomodo	Soportable	Penoso	Muy penoso	Intenso	Muy Fuerte	Terriblemente Extremo	Dolorosamente insoportable	Inimaginable Atroz
Normal	Molesto, pero no interfiere con la mayoría de las actividades de la vida diaria.			Interfiere con las actividades de la vida diaria. Requiere cambios en el estilo de vida para permanecer independiente en general.			Incapaz de hacer las actividades de la vida diaria o ajustarse independiente en actividades normales.			

En la última semana, el nivel más alto de dolor? \_\_\_\_\_ En la última semana, el nivel de dolor más bajo? \_\_\_\_\_

Por favor marque todas las actividades que le causan dolor o dificultad:

- | Autocuidado                                     | Comunicación                         | Funciones sensorias                     | Actividad física  |
|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urinación              | <input type="checkbox"/> Escribiendo | <input type="checkbox"/> Oyendo         | <input type="checkbox"/> Pararse                          |
| <input type="checkbox"/> Defecación             | <input type="checkbox"/> Tecleando   | <input type="checkbox"/> Viendo         | <input type="checkbox"/> Subiendo o bajando las escaleras |
| <input type="checkbox"/> Higiene personal       | <input type="checkbox"/> Hablando    | <input type="checkbox"/> Tocando        | <input type="checkbox"/> Alcanzando                       |
| <input type="checkbox"/> Cepillando el cabello  |                                      | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Durmiendo                        |
| <input type="checkbox"/> Bañándose              |                                      |   |   |
| <input type="checkbox"/> Vistiéndose            |                                      |   | <input type="checkbox"/> Sentado _____ (min)              |
| <input type="checkbox"/> Comiendo               |                                      |   | <input type="checkbox"/> Parado _____ (min)               |
| <input type="checkbox"/> Cepillando los dientes |                                      |   | <input type="checkbox"/> Caminando _____ (min)            |

Cuánto tiempo dura (Marque "NL" si no está limitado)

Otros factores agravantes o deficiencias: \_\_\_\_\_

Que hace sus síntomas peor? \_\_\_\_\_

Que hace sus síntomas mejor? \_\_\_\_\_

Sus síntomas o dolor cambian de la mañana a la tarde? Por favor describir: \_\_\_\_\_

Objetivo que quiere lograr con terapia física? \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Escala Funcional De La Extremidad Inferior**

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Eastamos interesados en saber si esta teniendo alguna dificultad al realizar las actividades enumeradas a continuación debido al problema en su pierna. Por favor de una respuesta por cada una de las actividades.

En el dia de hoy, tiene or tendría alguna dificultad realizando alguna de las siguientes actividades:

<b>Actividades</b>		<b>Dificultad extrema o incapaz de realizar la actividad</b>	<b>Mucha Dificultad</b>	<b>Dificultad Moderada</b>	<b>Un poco de Dificultad</b>	<b>Ninguna Dificultad</b>
1	Alguna parte de su trabajo habitual, quehaceres domésticos, o actividades escolares.	0	1	2	3	4
2	Sus pasatiempos usuales, actividades recreativas o deportivas.	0	1	2	3	4
3	Entrando o saliendo de la tina.	0	1	2	3	4
4	Caminando de una habitación a otra.	0	1	2	3	4
5	Poniéndose los zapatos o medias.	0	1	2	3	4
6	Poniéndose en cucillitas.	0	1	2	3	4
7	Levantando un objeto, por ejemplo, una bolsa de compras de supermercado del piso.	0	1	2	3	4
8	Realizando actividades ligeras en su casa.	0	1	2	3	4
9	Realizando actividades pesadas en su casa.	0	1	2	3	4
10	Subiéndose o bajándose de un carro.	0	1	2	3	4
11	Caminando dos cuadras.	0	1	2	3	4
12	Caminando una milla.	0	1	2	3	4
13	Subiendo o bajando 10 peldaños de una escalera.	0	1	2	3	4
14	Estando parado por una hora.	0	1	2	3	4
15	Estando sentado por una hora.	0	1	2	3	4
16	Corriendo sobre terreno plano.	0	1	2	3	4
17	Corriendo sobre terreno irregular.	0	1	2	3	4
18	Haciendo vueltas agudas mientras corre rápidamente.	0	1	2	3	4
19	Saltando	0	1	2	3	4
20	Volteandose en la cama.	0	1	2	3	4
<b>Column Totals:</b>						

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence): 9 points

SCORE: \_\_\_\_\_ / 80

# Arrowhead Orthopaedics | POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido a Arrowhead Orthopaedics, y gracias por elegirnos como su proveedor de atención. Estamos comprometidos a proporcionarle el mejor cuidado, y me gusta que entendemos que el pago de su factura es necesaria para mantener una atención de calidad. Por esta razón, hemos adoptado la siguiente declaración como nuestra política financiera, que es necesario que usted lee, está de acuerdo y firmar antes de recibir cualquier servicio.

**RESPONSABILIDAD DEL PAGO:** Dado que usted es la persona que busca el cuidado, usted es responsable del pago de todos los cargos relacionados con su visita. Como cortesía, y para su comodidad, vamos a facturar a sus compañías de seguros cuando usted nos ha proporcionado toda la información solicitada seguros. **Usted es responsable de los deducibles anuales, co-pagos, porcentajes y servicios no cubiertos en el momento de prestar el servicio.** Si no está seguro de su cobertura, por favor, póngase en contacto con su seguro. Si el pago del seguro no se recibe dentro de los 60 días de nuestra facturación oficina, usted es el responsable inmediato del balance de la cuenta completa. Es la política de Arrowhead Orthopaedics que en el caso de separación o divorcio, el padre que trae el niño para el tratamiento es responsable de pagar por los servicios.

Si decide no cuenta a su seguro de atención recibida, se entiende que usted asume la responsabilidad financiera de todos los cargos. Además, si usted está buscando un tratamiento bajo Compensación al Trabajador, por favor envíe su empleador la autorización para el tratamiento. Los servicios se proporcionan sobre una base de auto-pago hasta que se reciba la autorización.

**PAGOS DE LOS PACIENTES:** Pagos de los pacientes: Los pacientes que tienen saldos pendientes se facturan mensualmente. Todos los saldos se deberán pagarse 30 días a partir de la fecha de facturación. Cuando el saldo de la cuenta no ha sido pagada dentro de los 30 días siguientes a la oficina de facturación y no se ha puesto en contacto con la oficina en relación con la cuenta, su cuenta puede ser referido a una agencia de colección independiente. En ese caso, la información que es útil y / o necesario para efectuar la recogida será remitida a nuestra empresa de cobro profesional. Una vez que una cuenta ha sido referido a la recogida, la oficina ofrecerá servicios adicionales a la paciente o los familiares del paciente sólo si la cuenta se paga en su totalidad, o se tomen disposiciones para el pago de los saldos adeudados. Todos los gastos incurridos en el proceso de recolección se añadirán a los saldos originales debido.

**MÉTODOS DE PAGO:** Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, American Express y Discover como pago por nuestros servicios. Los pagos pueden hacerse en persona, por teléfono oa través de nuestra página web <http://www.arrowheadortho.com>. Existe un cargo por \$ 45.00 se cobra por todos los cheques devueltos.

**TARGETA DE CRÉDITO REGISTRADA:** En el momento del registro de entrada, se le pedirá un número de tarjeta de crédito para mantener en el archivo. Cuando su seguro procesa su reclamo médico y nos avisa de su parte, un representante AO le llamará para confirmar la cantidad debida y obtener su aprobación verbal para el cargo. Una copia de la carga (recibo) será enviada por correo o si lo prefiere, por correo electrónico.

Tipo de tarjeta de crédito (marque uno):  Mastercard  Visa  Amex  Discover

Últimos 4 dígitos del número de la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Firma del titular: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El abajo firmante, he leído y entendido con claridad y de acuerdo con las disposiciones de esta política financiera. También autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo y solicitar, de mi compañía de seguros, pago de prestaciones a Arrowhead Orthopaedics por los servicios prestados.

\_\_\_\_ En este momento yo prefiero no tener Arrowhead Orthopaedics facturar a mi seguro.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Acct #: \_\_\_\_\_ [Uso de Oficina]

**[Por favor presente la licencia de conducir y información del seguro a la recepcionista.]**

# Arrowhead Orthopaedics | TERAPIA POLÍTICA DE COBERTURA

Arrowhead Orthopaedics Fisioterapia y Terapia Ocupacional, y gracias por confiar su atención médica a nuestros proveedores de servicios médicos. Todos nosotros en Arrowhead Orthopaedics Fisioterapia y Terapia Ocupacional están comprometidos a proveerle con el mejor cuidado de calidad en un ambiente agradable y afectuoso.

Como cortesía y comodidad a nuestros pacientes, se verifica la cobertura de seguro para determinar la elegibilidad. Sin embargo, nosotros recomendamos a nuestros pacientes ser educado en su propia cobertura de seguro como nuestras llamadas a su compañía de seguros no garantizan el pago. Basado en su plan de salud individual, algunos servicios que ofrecemos pueden no estar cubiertos por su compañía de seguros, pero es médicaamente necesario para su tratamiento. A continuación se enumeran algunos de los procedimientos o modalidades que pueden ser negados por su compañía de seguros:

Dispositivo de compresión vasoneumática	Modalidad: cualquier agente físico aplicado para producir cambios terapéuticos en el tejido biológico; incluye, pero no limitado a, térmico, acústico, luz, mecánica o energía eléctrica.	Costo estimado: \$18.62 por unidad
Estimulación eléctrica	Modalidad: cualquier agente físico aplicado para producir cambios terapéuticos en el tejido biológico; incluye, pero no limitado a, térmico, acústico, luz, mecánica o energía eléctrica.	Costo estimado: \$14.04 por unidad
procedimiento terapéutico(s), grupo (2 o más personas)	Procedimiento terapéutico: una manera de llevar a cabo el cambio a través de la aplicación de las habilidades y / o servicios clínicos que tratan de mejorar la función. Contacto directo con pacientes.	Costo estimado: \$21.63 por unidad

Le estamos informando de esta posible falta de cobertura para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.

Por favor firme abajo indicando que ha leído y entendido claramente nuestra política de no cobertura, y que acepta los términos presentados en este documento.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

Notifier: \_\_\_\_\_

*(Uso de Oficina / Office Use Only)*