



# GOLDEN BEAR

## PHYSICAL THERAPY

### SPORTS INJURY CENTER

### ¡ Bienvenidos al oso dorado!

Gracias por elegir Golden Bear fisioterapia deportes centro de lesiones. Sabemos que tienes una opción, gracias por elegir Golden Bear. A continuación encontrará información sobre su cita. Le solicitamos que imprima y llene su documentación antes de la llegada de su cita. Si no puede completar con anticipación, por favor llegue a su cita 30 minutos antes.

#### **Lo que tendrá que aportar a su evaluación inicial:**

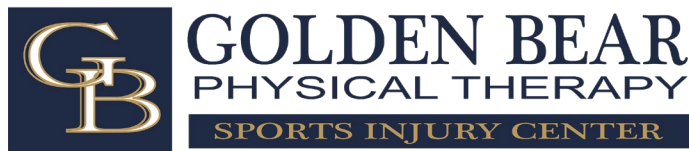
1. tarjeta del seguro (*no es necesario para los trabajadores COMP*)
2. ID de imagen
3. derivación del médico (*no es necesario para los pacientes del centro de salud Golden Valley*)

Por favor traiga cualquier radiografía, resonancia magnética o cualquier imagen adicional a su cita para el fisioterapeuta.

<b>Fecha de la cita:</b>	
<b>Hora de la cita:</b>	
<b>Fisioterapeuta:</b>	
<b>Ubicación:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	

También recibirás un recordatorio 24 horas antes de tu cita

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al número indicado arriba o responda a este correo electrónico.



## Formulario de consentimiento del paciente

### **CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

Entiendo que tengo el derecho de elegir mi proveedor de fisioterapia y he elegido la terapia física de oso dorado y por la presente autorizo y doy mi consentimiento para proporcionar cuidado de fisioterapia y tratamiento considerado necesario o aconsejable en la evaluación o tratamiento de mi condición física. Además, entiendo que no se me han hecho garantías en cuanto al resultado del tratamiento.

**Tratamiento de un menor:** como padre y/o tutor legal, autorizo y doy mi consentimiento para la terapia física de oso dorado para tratar

(nombre del menor) mientras no estoy presente en el mismo.

### **CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

He leído y entiendo completamente el aviso de prácticas de información del oso dorado. Entiendo que Golden Bear puede usar o divulgar mi información de salud personal con el fin de llevar a cabo mi tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir la forma en que mi información de salud personal es utilizada y divulgada para el pago del tratamiento y las operaciones administrativas notificando la práctica. También entiendo que Golden Bear considerará las solicitudes de restricciones caso por caso, pero no tiene que aceptar la solicitud de restricciones.

Por la presente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información personal de salud para los propósitos que se señalan en el aviso de prácticas de información de Golden Bear. Entiendo que conserdo el derecho de revocar este consentimiento notificando la práctica por escrito en cualquier momento.

### **INFORMACIÓN médica confidencial consentimiento**

Por la presente autorizo a Golden Bear a compartir toda mi información médica/de facturación con las siguientes personas:

Nombre completo:	Relación:
Nombre completo:	Relación:

### **AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

- Por mi firma , he leído, entiendo, acepto y consiento lo anterior.

<b>Firma del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Padre/tutor/garante:</b>	<b>Fecha:</b>



## Políticas financieras y de asistencia

### política financiera

Como cortesía para usted, Golden Bear hará sus reclamos de seguro médico. El contrato entre usted como paciente y su compañía de seguros es, sin embargo, personal para usted. Golden Bear no es responsable de los problemas entre el paciente y la aseguradora, ni puede intervenir o negociar para cualquiera de las partes en reclamaciones disputadas. Por favor, aconséjenos inmediatamente si cambia su cobertura de seguro mientras se somete a tratamiento. Los equipos y/o suministros de fisioterapia no suelen ser reembolsables por la aseguradora. Como tal, Golden Bear requiere el pago por parte del paciente para cualquier equipo/suministro en el momento en que se coloca el pedido. Golden Bear proporcionará un recibo como documentación de la compra para que pueda perseguir el reembolso personalmente.

- Por la presente, asigno el pago de beneficios por parte de mi compañía de seguros a Golden Bear, y acepto la responsabilidad de asegurar que mi aseguradora haga el pago en mi cuenta dentro de los 90 días. La falta de pago por mi seguro resultará en que todos los cambios se transfieran a mi saldo personal en mi estado de cuenta.
- Por la presente acepto pagar cualquier visita/copago de la oficina en el momento de la visita.
- Por la presente acepto pagar de inmediato mi saldo de cuenta personal incluyendo coaseguro o deducible no cumplido al recibir mi declaración. Entiendo y acepto que la responsabilidad por el pago de los servicios prestados es mía, debida y pagadera a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros. En el caso de incumplimiento, acepto pagar dichos costos de cobro y honorarios razonables de abogado como sea necesario para cobrar efectivamente la deuda.

### política de asistencia

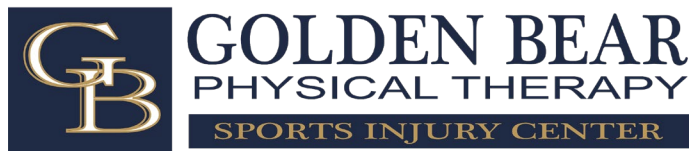
La asistencia a sus visitas de terapia es su responsabilidad más importante, ya que puede hacer la diferencia entre si tiene éxito o no en su tratamiento. Si bien entendemos que puede necesitar cancelar una cita debido a circunstancias imprevistas, requerimos un aviso de cancelación de 24 horas. Hay un cargo de \$25,00 por la cancelación de una cita de seguimiento sin previo aviso o no se muestra para su cita. Este cargo no está cubierto por su seguro, y usted está obligado a pagar esta cuota personalmente.

**No mostrar cita:** es cuando una persona no se muestra a su cita programada y no llama para dar una razón para cancelar. Paciente será quitado de la programación y referido a médico remitente sin previo aviso si tienen 2 citas no show después de su primera evaluación inicial.

**Cancelación:** tenemos el derecho de llevar a un paciente fuera del horario en cualquier momento durante su tratamiento y remitirlo de nuevo al médico remitente si tienen una combinación de 3 o más cancelaciones y no hay espectáculos.

**He leído, acepto y comprendo la política anterior.**

Firma del paciente:	Fecha:
Padre/tutor/garante:	Fecha:



## **Aviso de prácticas de privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

### **USOS Y DIVULGACIONES**

**Tratamiento:** su información médica puede ser utilizada por miembros del personal o divulgada a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar afecciones médicas y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas de laboratorio y los procedimientos estarán disponibles en su expediente médico a todos los profesionales de la salud que puedan proporcionar tratamiento o que puedan ser consultados por los miembros del personal.

**Pago:** su información de salud puede ser utilizada para solicitar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura como una aseguradora de automóviles, o compañías de tarjetas de crédito que usted puede utilizar para pagar por los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios prestados y la condición médica que se está tratando.

**Opciones de atención médica:** su información de salud se utiliza según sea necesario para apoyar las actividades diarias y la gestión de la terapia física de oso dorado. Por ejemplo, la información sobre los servicios recibidos puede utilizarse para respaldar la presupuestación y los informes financieros, así como actividades para evaluar y promover la calidad.

**Aplicación de la ley:** su información médica puede ser revelada a los organismos encargados de hacer cumplir la ley para respaldar las auditorías e inspecciones del gobierno, facilitar las investigaciones policiales y cumplir con los informes obligatorios del gobierno.

**Informes de salud pública:** su información de salud puede ser revelada a las agencias de salud pública según lo exija la ley. Por ejemplo, estamos obligados a reportar ciertas enfermedades transmisibles al Departamento de salud pública del estado.

**Otros usos y divulgaciones requieren su autorización:** la divulgación de su información de salud o su uso para cualquier propósito que no sea el mencionado anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar un uso o divulgación de su información, puede enviar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará ningún uso o divulgación de la información que se haya producido antes de que nos notifique que revoquemos su autorización.

### **USOS ADICIONALES DE LA INFORMACIÓN**

**Información sobre tratamientos:** su información de salud puede ser utilizada para enviarle información que le resulte interesante sobre el tratamiento y manejo de su afección.

Por favor, no utilice mi información para fines de recaudación de fondos.

### **DERECHOS INDIVIDUALES**

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. *Estos incluyen:*

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso de su información de salud protegida.
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales con respecto a su condición médica y tratamiento.
- El derecho a inspeccionar su información médica protegida.
- El derecho a enmendar o presentar correcciones a su información médica protegida
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

**Deberes de la terapia física del oso dorado:** la ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso.

**Derecho a revisar las prácticas de privacidad:** según lo permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas privadas. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos cambios por las leyes y regulaciones federales y estatales. A petición, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita a la oficina. Las políticas revisadas se aplicarán a toda la información sanitaria protegida que mantengamos.

**Solicitud para inspeccionar la información de salud protegida:** generalmente puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos, según lo permitido por la normativa federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida sean presentados por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros poniéndose en contacto con la recepcionista. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que existan razones médicas legales para denegar la solicitud.

**Quejas:** si usted desea presentar un comentario o queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta describiendo sus inquietudes a:

**El doctor Brandon Nan, PT, Vicepresidente de operaciones de DPT – 4318 Spyres Way, modesto, CA 95356, o puede llamar al 209-576-0710 o enviar un correo electrónico a [bnan@goldenbearpt.com](mailto:bnan@goldenbearpt.com)**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted debe llamar al asunto a nuestra atención enviando una carta describiendo la causa de su inquietud. Usted no será penalizado o de otro modo represalias por presentar una queja

Este aviso es efectivo en o después de

Firma del paciente:

Fecha:



# GOLDEN BEAR

## PHYSICAL THERAPY

### SPORTS INJURY CENTER

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento: edad:
Dirección:	Número de seguro social:
Ciudad:	Estado civil: casado sola viuda Género: mujer masculina
Estado:	Contacto de emergencia:
Código postal:	Número de teléfono de contacto:
Teléfono principal:	Relación con el contacto:
Teléfono secundario:	Empleador:
Dirección de correo electrónico:	Situación laboral:
¿Cómo se enteraron de nosotros?	Médico remitente:

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

### SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro:	Nombre del suscriptor: Número de seguro social del suscriptor:
ID de miembro:	Empleador suscriptor:
Número de Grupo:	Fecha de nacimiento del suscriptor: Relación con el suscriptor: uno mismo cónyuge hijo otro

### SEGURO secundario (si corresponde)

Nombre del seguro:	Nombre del suscriptor: Número de seguro social del suscriptor:
ID de miembro:	Empleador suscriptor:
Número de Grupo:	Fecha de nacimiento del suscriptor: Relación con el suscriptor: uno mismo cónyuge hijo otro

### COMPENSACIÓN de trabajadores (si el trabajo está relacionado)

Nombre del seguro:	Número de reclamo:
Ajustador de reclamos:	Fecha de la lesión:
Teléfono del Ajustador:	Dirección de reclamos:

### SEGURO de AUTO (si está relacionado con auto)

Nombre del seguro:	Número de asegurado/reclamo:
Ajustador de reclamos:	Fecha de la lesión:
Teléfono del Ajustador:	Dirección de reclamos:

## HOJA DE HISTORIA SUBJETIVA

Nombre del paciente:	Fecha de hoy :
----------------------	----------------

Describa los síntomas presentes que le trajeron aquí empezaron

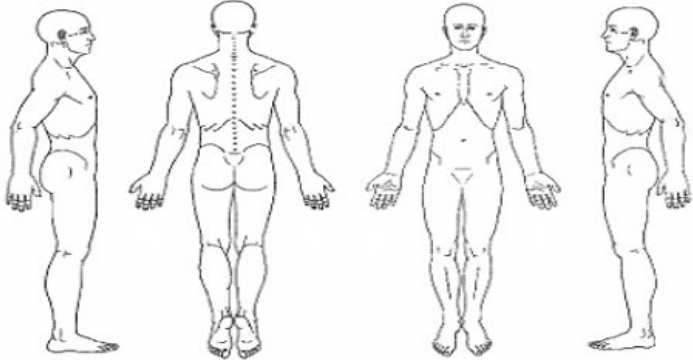
los síntomas de la fecha

¿Fue esto un resultado de	<input type="checkbox"/> Deporte lesión <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> accidente de coche <input type="checkbox"/> repentino gradual <input type="checkbox"/> Repentino <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> otros		
¿Los síntomas	<input type="checkbox"/> Mejorar <input type="checkbox"/> Empeoramiento <input type="checkbox"/> Permanecer el mismo		
¿Has tenido estos síntomas antes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en caso afirmativo, describa _____		
Si recibiste tratamiento en el pasado para los mismos síntomas o similares, ¿a quién viste?	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Quiropráctico <input type="checkbox"/> Especialista		En caso afirmativo, ¿fue beneficioso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indique qué pruebas ha tenido	<input type="checkbox"/> X-Ray <input type="checkbox"/> La conducción	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Nerve	<input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> Other

Rangos de nivel de dolor: (por favor circule por cada nivel) ¿con qué frecuencia experimenta sus síntomas?

(0 = sin dolor, 10 = insoportable)	<input type="checkbox"/> Constante	el 76-100% del día
Actualmente: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Frecuente	el 51-75% del día
En el mejor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Intermitente	el 26-50% del día
En el peor de los casos: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Ocasional	el 0-25% del día

Marque las casillas que mejor describa su symptomsPlace X en el organigrama, la ubicación de sus síntomas

<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> sordo <input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> superficial <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> agudo <input type="checkbox"/> Disparo <input type="checkbox"/> ardiente <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> radiante <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> y agujas <input type="checkbox"/> Alfileres	
---	--

¿Qué movimientos, posiciones o actividades específicas, incluyendo la hora del día, empeoran los síntomas?

¿Qué acciones, posiciones, agentes tópicos (calor, hielo) o tipos de medicamentos mejoran los síntomas?

¿Tienes alguna dificultad para conciliar el sueño debido a tus síntomas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
¿Te has despertado de dormir, debido al dolor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuántas veces por noche?	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5 +

**¿Qué actividades tiene dificultades para realizar? (Marque todas las que correspondan)**

<input type="checkbox"/> En pie	<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Escaleras	<input type="checkbox"/> Okupa	<input type="checkbox"/> Rodillas
<input type="checkbox"/> Conducción	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Elevación	<input type="checkbox"/> Doblez	<input type="checkbox"/> Sujetar/transportar objetos
<input type="checkbox"/> Alcanzar	<input type="checkbox"/> Agarre	<input type="checkbox"/> Tareas de trabajo	<input type="checkbox"/> Mecnografía	<input type="checkbox"/> Vestirse/pelequería
<input type="checkbox"/> Quehacer doméstico	<input type="checkbox"/> Jardinería	<input type="checkbox"/> Cuidado de animales grandes	<input type="checkbox"/> Deportes	<input type="checkbox"/> Actividades recreativas

Ocupación: \_ \_ \_

¿Actualmente trabajando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no	Si la respuesta es afirmativa, restricciones de derechos modificados <input type="checkbox"/> de servicio completo <input type="checkbox"/> : _ _ _
--------------------------	---	---

**Deberes de trabajo: (Marque todas las que correspondan)**

<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> El trabajo informático	<input type="checkbox"/> Doblez	<input type="checkbox"/> Elevación	<input type="checkbox"/> En pie
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Escalera/escaleras	<input type="checkbox"/> Arrastrándose	<input type="checkbox"/> Torcer	<input type="checkbox"/> Empujando/tirando
<input type="checkbox"/> Alcanzar	<input type="checkbox"/> Agarre	<input type="checkbox"/> Otro		

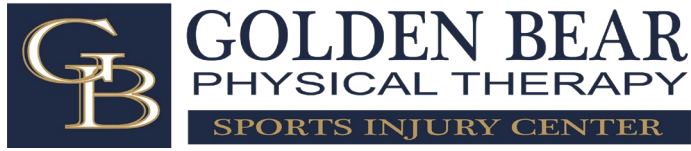
Arreglos de vida	<input type="checkbox"/> Sola <input type="checkbox"/> familia pareja cónyuge <input type="checkbox"/> otros
¿Tu casa tiene escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no si sí, ¿cuántos?
¿Hacer ejercicio de forma regular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no
¿Ha tenido alguna caída en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no si sí, ¿cuántos?
¿usted fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no si sí, ¿cuántos paquetes por día/semana?
Si eres mujer, ¿estás embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no si sí, ¿cuántas semanas?

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. o  ver la lista adjunta

--	--	--	--

**¿Le han diagnosticado o le han dicho que tiene: (Marque todas las que correspondan)**

<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Angina/dolor torácico	<input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Marcapasos/defib.	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> Golpe	<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/> Diabetes I o II	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/> Trastorno mental/conductual
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Condición de hígado/vesícula biliar
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Colitis/IBS	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> La enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Std	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Hepatitis A B C	<input type="checkbox"/> Alergias



**Lista 3 actividades funcionales que le gustaría que se aborden en la terapia, que usted es incapaz o tiene dificultad en hacer, como resultado de su problema. (es decir, ser capaz de lavar mi cabello, ser capaz de preparar/cocinar una comida sin dolor, ser capaz de abrir una tapa del frasco)**

1.
2.
3.

**Entiendo que he proporcionado información precisa y completa, a lo mejor de mi conocimiento, de mi problema y estado actual.**

Firma del paciente:	Fecha:
---------------------	--------



## ESCALA FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Estamos 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 día de hoy, tiene o tendría alguna dificultad realizando alguna de las siguientes actividades:**

	Actividades	Dificultad extrema o incapaz de realizar la actividad	Mucha dificultad	Dificultad Moderada	Un poco de Dificultad	Ninguna Dificultad
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 cucullas.	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	Volteándose en la cama.	0	1	2	3	4
<b>Column Totals:</b>						

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

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

Please submit the sum of responses.

Reprinted from Binkley, J., Stratford, P., Lott, S., Riddle, D., & The North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network. The Lower Extremity Functional Scale: Scale development, measurement properties, and clinical application, *Physical Therapy*, 1999, 79, 4371-383, with permission of the American Physical Therapy Association.