



**PATIENT INTAKE
COMMERCIAL
SPANISH**



Querido Paciente / Representante Autorizado,

No solo firme estos formularios...

LEA bien lo que está firmando para evitar

confusiones más adelante.



¡Bienvenido a Surge Mobile Physical Therapy! Nos esforzamos por brindarles a nuestros pacientes un servicio excelente y una atención de calidad. Nuestro compromiso con su bienestar y su atención médica es algo que nos tomamos muy en serio.

La pregunta más importante: ¿Quieres estar aquí? ¿Estás listo y dispuesto a poner de tu parte el esfuerzo para alcanzar tus metas físicas personales?

Recuerda que estamos aquí para AYUDARTE a alcanzar tus metas físicas, sin embargo, no podemos obligar a nadie a venir a terapia para obtener resultados....

Esto significa que si NO está completamente convencido de que la fisioterapia puede ayudarlo, lo más probable es que no lo haga y no debería perder su valioso tiempo en esto. La literatura demuestra que tener una actitud positiva y dispuesta es clave para tener éxito en la fisioterapia!

Si se toma en serio su cuidado físico y está listo para comenzar, continúe.

SEGURO COMERCIAL

Formulario de admisión de pacientes

Todos los pacientes o representantes legales de los pacientes, completen todas las secciones

(1) Paciente: (Nombre legal completo o igual a su tarjeta de seguro medico)

Nombre: _____

Apellido

Nombre

Iniciales

Sr.Jr.

Dirección: _____

Calle.

Apt.#

Ciudad Estado

Código Postal

#Tel: (____) ____ - ____ (____) ____ - ____ (____) ____ - ____ (____) ____ - ____

Casa

Móvil

Trabajo

Emergencia

CORREO ELECTRONICO: _____

Sexo asignado _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ S.S # XXX / XX / _____

#Identificación legal _____ (Licencia de conducir, Pasaporte)

(2) Condición a tratar: _____

Fecha en que comenzó la condición: ____/____/____

Está relacionado con un accidente automovilístico? No | Si Fecha del accidente ____/____/____

Is it a non-work related accident? No | Si Fecha del accidente ____/____/____

Esta condición resultó en cirugía? No | Si Fecha de cirugía ____/____/____

Ha recibido terapia para esta condición? No | Si Donde? _____

Ha recibido servicios quiroprácticos para esta condición? No | Si Cuando? _____ Donde? _____

(3) Médico del paciente: Indique el médico que lo refirió a la terapia o su médico de atención primaria.

Nombre del doctor: _____ #Tel: (____) ____ - ____

Apellido

Nombre

Iniciales

MD, DO, DDS, etc.

Dirección: _____

Calle

Ciudad, Estado

Código Postal

(4) Si va a pagar las terapias con seguro medico : Circula A o B

A. El paciente es el asegurado (pare aquí , siga a seccion #6)

B. El asegurado es ___Esposa/o ___Padre/Madre (Completa todo en seccion #4 y #5)

Nombre del asegurado: _____
Apellido Nombre Iniciales Sr./Jr.

Address: _____
Calle. Apto. #Ciudad, Estado Código postal

#Tel: () ____ - ____ () ____ - ____ () ____ - ____ () ____ - ____
Casa Móvil Trabajo Emergencia

(5) Persona Asegurada: (Completar si al asegurado no es el paciente)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de seguro social XXX / XX / _____

#Identificación legal _____ (Licencia de conducir, Pasaporte)

Estado laboral: ___ Empleado ___ Desempleado ___ Jubilado

(6) Información del empleador: (Completar si el empleador de la persona asegurada cubre los beneficios medicos)

Nombre del empleador: _____ #Tel () ____ - ____

Dirección: _____
Calle Ciudad, Estado Código Postal

(7) Información del pagador:

Seguro Primario:

Nombre del seguro: _____ #Tel: _____ Nombre del asegurado: _____

#ID: _____ #Grupo: _____ #Poliza/Plan: _____

Seguro Secundario:

Nombre del seguro: _____ #Tel _____ Nombre del asegurado: _____

El asegurado es: Paciente | Esposa/o | Padre/Madre

ID #: _____ #Grupo _____ #Poliza/Plan: _____

Dirección para reclamos: _____
Calle Ciudad, Estado Código Postal

(8) Autorización de pago: (Se requieren iniciales para esta seccion)

_____ **Iniciales Cesión de beneficios de seguro:** Autorizo que el pago de mis beneficios de seguro se realice directamente a Surge Mobile Physical Therapy por todos los servicios prestados; si me pagan directamente, pagaré de inmediato a Surge Mobile Physical Therapy todo el dinero que se me pague.

_____ **Iniciales** **Garantía de pago:** Entiendo que todos los pagos designados como “responsabilidad del paciente”, como coaseguros y deducibles, vencen y deben pagarse al momento del servicio o de la recepción del estado de cuenta. Garantizo que pagaré el monto que mi aseguradora considere “mi responsabilidad” antes de la fecha de vencimiento del estado de cuenta.

_____ **Iniciales** **Certificación de información:** Certifico que la información que he proporcionado a Surge Mobile Physical Therapy para el pago, incluidos, entre otros, los accidentes, enfermedades u otras aseguradoras relacionadas, es precisa y veraz.

(9) Autorización para tratar a un niño menor de edad o a un adulto dependiente:

_____ **Iniciales** Doy mi consentimiento para permitir la evaluación y el tratamiento del paciente indicado en la página 1 según el plan de atención establecido por el terapeuta y aprobado por mí. Esto incluye mi consentimiento para la grabación audiovisual de todas las sesiones de evaluación y tratamiento. Como representante legal, tengo permitido, de conformidad con la HIPAA, acceder y obtener copias de todos los registros relacionados que se mantengan.

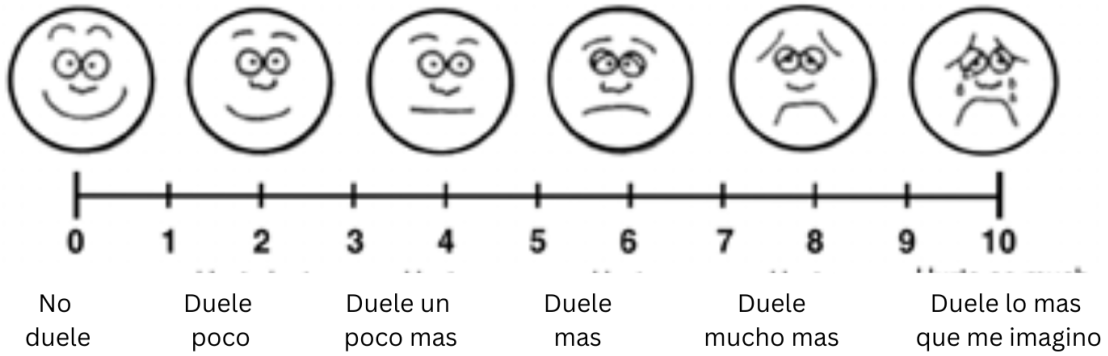
(10) Firma/Fecha: Acepto todo lo anterior. Yo presente autorizo al personal profesional de Surge Mobile Physical Therapy a examinarme y tratarme con servicios de fisioterapia por la lesión o afección por la que me han referido aquí o por la que me he referido a mí mismo.

X

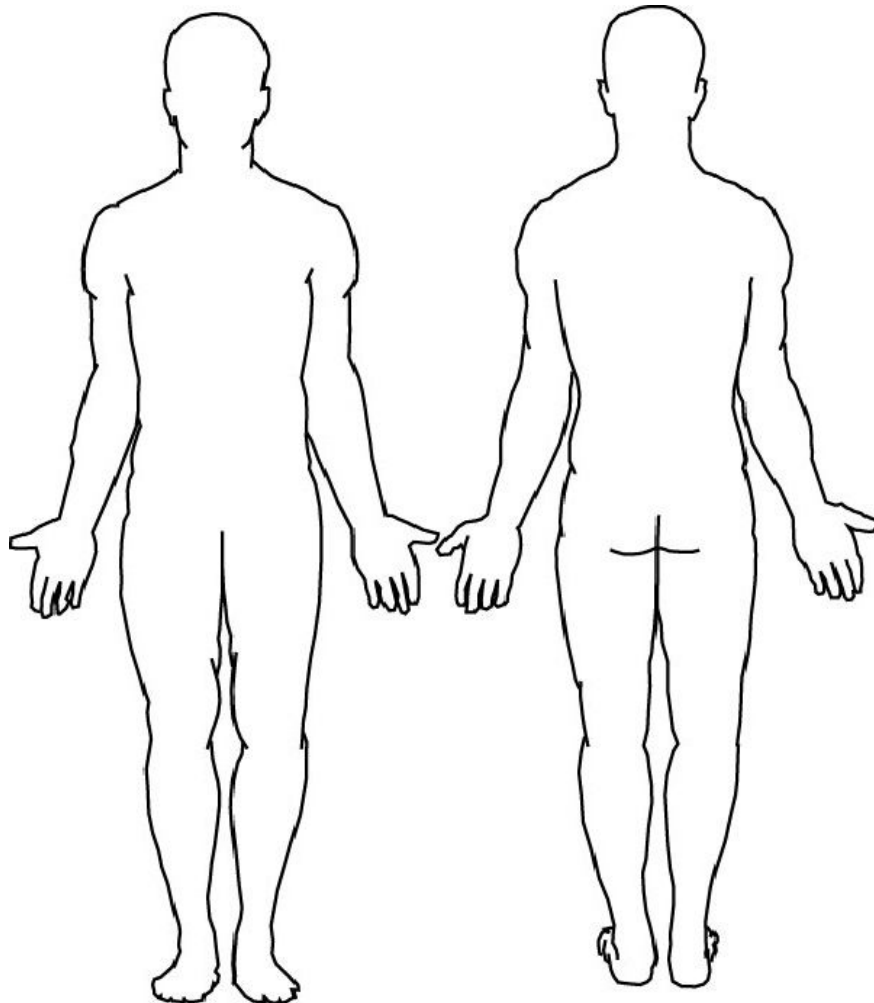
Firma del paciente / representante legal

Fecha

Circula tu nivel de dolor:



Circula area de dolor o area a tratar:





Iniciales Requeridas. Al iniciar, usted comprende y acepta cumplir con todas las polizas.

Poliza de solicitud de registros médicos

_____ **Iniciales.** Si necesita que nuestro personal firme algún formulario médico o necesita obtener copias de su información médica, espere hasta 30 días desde su solicitud por correo electrónico. Si solicita copias impresas o por correo electrónico, hay tarifa de: **\$25 por 1-20 paginas, \$0.50 por >21 paginas.**

Poliza de ser amable

_____ **Iniciales.** Tenga en cuenta que si es grosero, agresivo, irrespetuoso o inapropiado, ya sea verbal o físicamente, con nuestro personal u otros pacientes, **nos reservamos el derecho de rechazarle los servicios y se le solicitará que abandone nuestro establecimiento,** ya que este comportamiento no se tolerará.

Poliza de compromiso

_____ **Iniciales.** Su compromiso con el programa de fisioterapia es fundamental para su éxito. Le recomendaremos un plan de tratamiento y le fijaremos objetivos. Para alcanzarlos, **debe hacer su parte asistiendo a todas las citas Y haciendo su programa de ejercicios según lo prescrito para ver el progreso. ¡Se necesitan al menos entre 8 y 10 semanas para ver cambios en los músculos!**

Poliza de Tarjeta de Archivo Válida

_____ **Iniciales.** Requerimos que cada paciente mantenga una tarjeta de débito/crédito **VÁLIDA** en su cuenta debido a las violaciones de la política de \$50 y en caso de que el seguro no cubra los servicios, y para emitir reembolsos que se devuelvan directamente a su tarjeta en lugar de esperar un cheque enviado por correo más tarde después de que se cierre su caso.

Poliza de citas

_____ **Iniciales.** Le enviaremos recordatorios de citas por mensaje de texto. Cuando los reciba, confirme su cita **respondiendo con la letra "C" SOLAMENTE. Si escribe cualquier otra cosa, NO recibiremos su respuesta y NO SABRÉMOS QUE VENDRÁ.** Programaremos y le proporcionaremos los horarios de sus citas cuando realice el pago. Solicite una copia impresa si es necesario. Si pierde u olvida los horarios de sus citas, solicítelos, llámenos o envíenos un mensaje de texto para revisarlos.

Poliza de llegada puntual

_____ **Iniciales.** Nuestro objetivo es comenzar sus sesiones de tratamiento a tiempo. **Llegue al menos 5 minutos antes de la hora de su cita, vístase cómodamente y esté listo para comenzar.**

Comunicación de cambios

_____ **Iniciales.** Es posible que debamos reprogramar algunas de sus citas debido a la disponibilidad de los terapeutas, especialmente en casos de emergencia.

_____ **Iniciales.** Por su seguridad de salud, necesitamos una carta de autorización médica después de cualquier hospitalización del paciente para asegurarnos de que pueda volver a realizar actividad física durante la terapia.



POLÍZA DE \$50 POR CANCELACIÓN TARDÍA/NO PRESENTACIÓN

Nos tomamos su fisioterapia MUY EN SERIO, porque nos preocupamos por su salud física. Lleva tiempo ver el progreso de la terapia y, para que mejore, esperamos que siga nuestro plan de atención recomendado y que asista a todas sus citas. También entendemos que puede haber un momento en el que necesite cancelar. Requerimos un aviso con 24 horas de anticipación por llamada telefónica, correo de voz, mensaje de texto o correo electrónico (las llamadas perdidas no cuentan) si necesita cancelar o reprogramar su cita. Si no avisa con 24 horas de anticipación o no se presenta a su cita programada, se facturará una tarifa de \$50.00 a su cuenta y deberá pagarla para continuar con sus sesiones de terapia. Si llega tarde, llámenos de inmediato para verificar si podemos adaptarnos a su llegada tardía. Si no nos informa que llegará tarde y se presenta con más de 15 minutos de retraso a su cita, es posible que deba reprogramar su sesión y nos reservamos el derecho de cobrar la tarifa por la sesión perdida. Si cancela su cita el MISMO día de la misma, para EVITAR el cargo por cancelación de \$50, deberá reprogramarla durante la misma semana. SI NO REPROGRAMA LA CITA A LA QUE NO SE PRESENTÓ DURANTE LA MISMA SEMANA, HA PERDIDO SU CITA Y, POR LO TANTO, SE LE COBRARÁ EL CARGO POR CANCELACIÓN DE \$50. Si cancela o no se presenta a la cita más de 3 veces el mismo día, se cancelará su caso y se lo notificaremos al médico que lo refirió.

¿Por qué cobramos esta tarifa? Lo hacemos para respetar el tiempo de todos, el suyo como paciente, el nuestro como terapeuta, y para ser justos con los demás pacientes que se toman el tiempo y el esfuerzo de asistir a cada una de las citas. Cuando no se presenta a su cita programada o cancela a último momento, desperdicia un espacio que podría haber ayudado a otra persona a mejorar. ¡Nos tomamos muy en serio su salud física!

Nombre del paciente/tutor

Fecha

X

Firma del paciente/tutor



ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que, fuera de los fines de tratamiento, pago, ciertas operaciones de atención médica o según lo permita o exija la ley, debo dar mi autorización por escrito a Surge Mobile Physical Therapy para divulgar cualquier información de mi atención médica protegida.

Mi firma a continuación indica que me han entregado el Aviso de prácticas de privacidad para Surge Mobile Physical Therapy.

Nombre impreso del paciente o representante autorizado

X

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha



Formulario de beneficios del seguro del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de verificación: _____ Verificado Por: _____

Como cortesía para usted, nos comunicamos con su compañía de seguros para checar sus Beneficios de fisioterapia. A continuación se muestra un resumen de la información que nos dieron. Si tiene alguna pregunta sobre sus responsabilidades financieras, preguntenos. **Le recomendamos que también se comunice con su compañía de seguros y confirme sus beneficios, ya que a veces recibimos información incorrecta. Surge Mobile Physical Therapy NO es responsable de ninguna información inexacta que recibamos y le facturará cualquier saldo que su compañía de seguros indique como su responsabilidad o no cubierta.** La información de cobertura de beneficios que recibimos de su seguro es siempre una estimación, NO una garantía de cobertura total para los servicios prestados. Cualquier cantidad estimada no cubierta por su seguro que sea de su responsabilidad vence en el momento de su visita y debe pagarse para poder prestar los servicios. Después de que enviemos sus reclamos a su seguro, todos los reclamos de sus visitas están sujetos a la aprobación final de su plan de seguro después de que brindemos los servicios; por lo tanto, el monto adeudado está sujeto a cambios después de que lo veamos. Informe al personal de recepción de CUALQUIER cambio en su cobertura de seguro o si su seguro ha terminado en el momento de los servicios. Cualquier saldo adeudado que quede por su atención se le facturará por correo y correo electrónico, y puede pagar con cheque enviado por correo, llamando a las clínicas: Olmito (956) 413-7799, Port Isabel (956) 443-3844, o en línea a través de nuestro sitio web www.surgemobilephysicaltherapy.com. Cualquier saldo vencido impago con más de 120 días de falta de pago será enviado a compañía de collecciones.

Información de diagnóstico del paciente:

Áreas a tratar por Referencia del medico: _____

Info de pago:

Seguro Primario: _____

Beneficios efectivo: _____ Año: _____ Visitas Permitidas: _____ Visitas usadas: _____

Ajustador: _____ Tel: _____ Fax: _____

Plan en Red: Adentro | Fuera| Fuera pero Autorizacion

Su poliza require: Referencia del medico | Pre-Authorization

Según su seguro, su Responsabilidad de pago es la siguiente:

Co-Pay: _____ Co-Insurance%: _____

Deducible alcanzado: Si | NO Monto restante por cumplir: _____

Ira Autorization #: _____ Restricción de tiempo: _____ Restricción de visitas: _____



Comentarios: _____

Seguro Secundario: _____

Beneficios efectivo: _____ Año: _____ Visitas Permitidas: _____ Visitas usadas: _____

Ajustador: _____ Tel: _____ Fax: _____

Plan en Red: Adentro | Fuera| Fuera pero Autorizacion

Su poliza require: Referencia del medico | Pre-Authorization

Según su seguro, su Responsabilidad de pago es la siguiente:

Co-Pay: _____ Co-Insurance%: _____

Deducible alcanzado: Si | NO Monto restante por cumplir: _____

Ira Autorization #: _____ Restricción de tiempo: _____ Restricción de visitas: _____

Reclamaciones de responsabilidad/LOP de instalación Obtenido el: _____

Comentarios: _____

**RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD DE PAGO
PARA PACIENTES ASEGURADOS**

Co-Pay or Co-Insurance Due Each Visit: _____

Current Patient Balance: _____

Si esto es solo una parte de su responsabilidad de pago por visita, se le facturará mensualmente la parte restante. Todos los copagos, coseguros y deducibles se esperan al momento de su visita.

He entiendo y acepto la información de mis beneficios de Seguro y responsabilidad de pago.

Nombre del paciente /Representante

Fecha

X

Firma del paciente / Representante



Texas Board of Physical Therapy Examiners

1801 Congress Ave Ste 10.900
Austin, Texas 78701

512/305-6900
ptot.texas.gov

Información sobre el tratamiento de fisioterapia sin referencia

Por favor, lea cuidadosamente y acepte al final:

Comprendo que el tratamiento de fisioterapia sin una referencia estará basado en la examinación y evaluación que el fisioterapeuta haga de mi condición actual, lo que podría resultar en la identificación de una disfunción de movimiento y movilidad.

Comprendo que el fisioterapeuta no diagnosticará una enfermedad o dolencia, y que la fisioterapia no sustituye un diagnóstico médico.

Comprendo que en caso de que un diagnóstico médico ya haya sido establecido por parte de un profesional médico calificado, el fisioterapeuta tomará dicho diagnóstico en consideración durante el proceso de evaluación.

Comprendo que el plan de cuidados de fisioterapia desarrollado por el fisioterapeuta podría no estar basado en imágenes radiológicas.

Comprendo que en caso de ya haberse obtenido imágenes, el fisioterapeuta podrá usar dicha información como parte del proceso de evaluación.

Comprendo que si el fisioterapeuta identifica la necesidad de obtener imágenes radiológicas, el fisioterapeuta podrá recomendar la obtención de imágenes radiológicas.

Entiendo que mi seguro de salud podría no cubrir los servicios de fisioterapia si estos son proporcionados sin una referencia de un profesional médico calificado.

Reconozco haber recibido la información antes mencionada.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

En caso de firmarse por el representante legal, escriba en letra de imprenta el nombre del mismo y la relación con el paciente

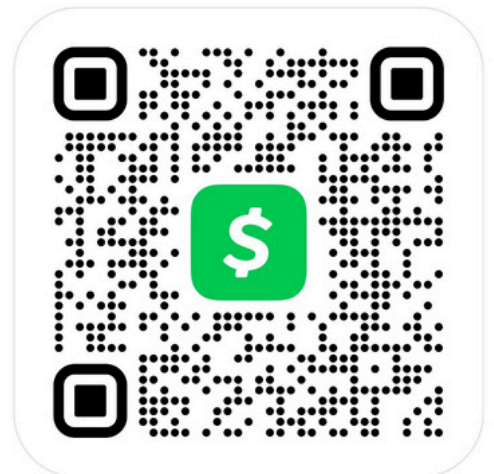
Payment types accepted:

- **DEBIT/ CREDIT CARD**
- **CHECKS:**
 - **RETURNED CHECK FEE: \$5**
- **EXACT CASH**
- **CARE CREDIT**
- **CASH APP : \$SurgePT**



Tipo de Pago Aceptado:

- **TARJETA DEBITO/CREDITO**
- **CHEQUES**
 - **CARGO POR CHEQUE DEVUELTO: \$5**
- **EFFECTIVO EXACTO**
- **CARE CREDIT**
- **CASH APP : \$SurgePT**



Questions about your bill?

Any questions about your bill you need to contact the billing department directly, as they handle any billing or refund issues. If you keep calling the clinic for any billing issues it will take longer as we still have to contact the billing department.

Phone number: 406-315-7395

¿Tiene preguntas sobre su factura?

Si tiene alguna pregunta sobre su factura, debe comunicarse directamente con el departamento de facturación, ya que ellos se encargan de cualquier problema de facturación o reembolso. Si continúa llamando a la clínica por cualquier problema de facturación, tardará más tiempo, ya que aún tenemos que comunicarnos con el departamento de facturación.

Número de teléfono: 406-315-7395

**LAS PROXIMAS
POLIZAS FORMAS SON
OPCIONALES ...**



Consentimiento para punción seca para tratamiento de fisioterapia

¿Qué es? La punción seca es una forma de fisioterapia en la que se insertan agujas finas en puntos gatillo miofasciales (es decir, nudos dolorosos en los músculos), tendones, ligamentos o cerca de los nervios para ayudar a estimular un proceso de respuesta curativa en afecciones musculoesqueléticas dolorosas. La punción seca no es acupuntura ni medicina oriental; en otras palabras, no tiene el propósito de cambiar el flujo de energía ("Qi") a lo largo de los meridianos chinos tradicionales para el tratamiento de enfermedades. De hecho, la punción seca es una intervención de fisioterapia moderna, basada en la ciencia y la evidencia para el tratamiento del dolor y la disfunción musculoesquelética.

Ofrecemos este servicio APARTE DE TERAPIA. Si está interesado en los servicios de punción seca, hable con su terapeuta. Nuestro costo es de \$50 (código CPT 20560) para punción seca de 1 a 2 músculos/utilizando 1 a 2 agujas, y \$100 (CPT code 20561) para punción seca de 3 o más músculos/utilizando 3 o más agujas.

¿Es seguro? Después del tratamiento, algunos pacientes pueden experimentar dolor temporal durante y después del mismo, sensación de dolor temporal (a veces durante unos días), somnolencia, cansancio o mareos en alrededor del <3% de los pacientes (en ese caso, le recomendamos que no conduzca), sangrado o hematomas leves (se considera normal), empeoramiento de los síntomas existentes en alrededor del <3% de los pacientes (lo que no es necesariamente una mala señal), desmayos (especialmente cuando se aplica la punción en las áreas de la cabeza y el cuello). La punción seca es muy segura. Sin embargo, pueden ocurrir efectos secundarios graves en menos de 1 de cada 10.000 tratamientos. El efecto secundario grave más común es un neumotórax/colapso pulmonar (debido al aire dentro de la pared torácica). Los síntomas del neumotórax inducido por punción seca generalmente no ocurren hasta después de la sesión de tratamiento, a veces tardan varias horas en desarrollarse. Los signos y síntomas de un neumotórax pueden incluir falta de aire al hacer esfuerzo, aumento de la frecuencia respiratoria, dolor en el pecho, tos seca, coloración azulada de la piel o sudoración excesiva. Si se presentan estos síntomas, debe comunicarse de inmediato con su fisioterapeuta o médico. Los nervios o los vasos sanguíneos pueden resultar dañados por la punción seca, lo que puede provocar dolor, entumecimiento u hormigueo; sin embargo, se trata de un evento muy poco frecuente y, por lo general, es temporal. Se han reportado daños a los órganos internos en la literatura médica después de la punción; sin embargo, estos son eventos extremadamente raros (1 en 200.000). En esta clínica solo se utilizan agujas desechables de un solo uso. **Informe a su terapeuta si tiene: convulsiones, marcapasos/implantes, toma anticoagulantes, antibióticos para una infección, válvula cardíaca dañada, prótesis de metal, riesgo de infección, embarazo, alergias a los metales, alteración de la cicatrización de heridas por diabetes, hepatitis B, VIH u otra enfermedad infecciosa.**

He leído y comprendido la información anterior y hablaré con mi terapeuta si estoy interesado.

Nombre impreso del paciente/tutor

Fecha

X

Firma del paciente/tutor



Consentimiento de autorización de fotografía/testimonio

(OPCIONAL)

Surge Mobile Physical Therapy utiliza grabaciones de fotografía/video/audio con el propósito de:

- * Analizar sus movimientos/postura durante las evaluaciones y a lo largo de sus episodios de atención para realizar un seguimiento de su progreso.
- * Publicar testimonios exitosos o contenido educativo en nuestro sitio web u otras plataformas de redes sociales.
- * Como resultado, las imágenes/videos/voz/testimonios escritos suyos o de su hijo pueden aparecer en nuestro sitio web u otras plataformas de redes sociales si usted lo permite.

Propósito de la autorización: Al firmar este formulario de autorización, brindo a Surge Mobile Physical Therapy, en adelante identificada como la Compañía, para distribuir y compartir mi testimonio de cliente o el de mi hijo que se proporciona. Compartir el testimonio de mi cliente o el de mi hijo puede incluir publicar la información en el sitio web de la empresa, publicar la información del testimonio en las páginas de redes sociales de la Empresa e incluir el testimonio mío o de mi hijo en anuncios impresos y promociones. Estoy de acuerdo en compartir voluntariamente mi testimonio o el de mi hijo sobre los servicios de la Compañía, y no recibo ninguna remuneración financiera de la Compañía por brindar dicho testimonio y permitirles usar mi información de salud protegida o la de mi hijo con fines de mercadeo.

Derecho a revocar: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a la Compañía. Entiendo que si elijo revocar esta autorización, entrará en vigencia el día de la revocación de la autorización. Cualquier uso y divulgación anterior de mi testimonio con mi información de salud protegida no estará sujeto a la revocación de la autorización. Entiendo que la Compañía hará todo lo posible para eliminar mi testimonio y mi información de salud protegida del sitio web de la Compañía y otras páginas de redes sociales.

Al firmar a continuación, acepto y reconozco que he leído y entendido todos los elementos de esta autorización para el uso de mi testimonio de cliente o el de mi hijo. Esta autorización es continua, lo que significa que la Compañía no eliminará mi testimonio o el de mi hijo del sitio web u otras páginas de redes sociales a menos que solicite específicamente la revocación de esta autorización a través de una solicitud por escrito a la compañía. Libero a Surge Mobile Physical Therapy de toda responsabilidad que pueda surgir en relación con dicho uso. Certifico que tengo 18 años o más O que mi padre/tutor ha firmado a continuación.

Nombre del paciente/padre/tutor

Fecha

X _____

Firma del paciente/padre/tutor



CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PISO PÉLVICO

* Reconozco y entiendo que he sido referido para evaluación y tratamiento de disfunción del piso pélvico. Las disfunciones del piso pélvico incluyen, pero no se limitan a, incontinencia urinaria o fecal; dificultad con el intestino, la vejiga o las funciones sexuales; cicatrices dolorosas después del parto o la cirugía; dolor sacroiliaco o lumbar persistente; o condiciones de dolor pélvico.

* Entiendo que para evaluar mi condición puede ser necesario, inicialmente y periódicamente, que mi terapeuta realice un examen de los músculos internos del piso pélvico. Este examen se realiza observando y/o palpando la región perineal, incluida la vagina y/o el recto. Esta evaluación evaluará el estado de la piel, los reflejos, el tono muscular, la longitud, la fuerza y la resistencia, la movilidad de la cicatriz y la función de la región del piso pélvico. Dicha evaluación puede incluir sensores vaginales o rectales para la biorretroalimentación muscular.

* El tratamiento puede incluir, entre otros, lo siguiente: observación, palpación, uso de pesas vaginales, sensores vaginales o rectales para biorretroalimentación y/o estimulación eléctrica, ultrasonido, calor, frío, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, tejidos blandos y/o o movilización conjunta, e instrucción educativa.

* Entiendo que para que la terapia sea efectiva, debo asistir según lo programado, a menos que existan circunstancias inusuales que me impidan asistir a la terapia. Estoy de acuerdo en cooperar y llevar a cabo el programa del hogar que se me asignó. Si tengo dificultades con alguna parte de mi programa de tratamiento, lo discutiré con mi terapeuta.

Al firmar en esta sección, acepto y entiendo todo lo anterior y lo siguiente: 1. Se me ha explicado el propósito, los riesgos y los beneficios de esta evaluación. 2. Entiendo que puedo dar por terminado el procedimiento en cualquier momento. 3. Entiendo que soy responsable de informar inmediatamente al examinador si tengo alguna molestia o síntoma inusual durante la evaluación. 4. Tengo la opción de tener una segunda persona presente en la sala durante el procedimiento si así lo decido. Entiendo que soy responsable de comunicar esto a mi examinador, y que soy responsable de traer a esta segunda persona a mi(s) cita(s), ya que la clínica no proporciona una en este momento.

Al firmar a continuación, he leído, comprendo y acepto el Formulario de consentimiento para el uso del suelo pélvico.

Nombre del Paciente/Guardian

Fecha

X _____

Firma de Paciente/Padre/Tutor

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

No se requiere autorización para el uso o divulgación de información relacionada con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica o si lo exige la ley o las normas. Puede negarse a firmar esta autorización.

(1) Nombre impreso del paciente:

Apellido	Nombre.	Iniciales
----------	---------	-----------

Fecha de nacimiento: ____/____/____ # de seguro exactamente como aparece en la tarjeta _____

(2) Surge Mobile Physical Therapy solo divulgará la información médica protegida que usted desea que se divulgue.

Marque solo una casilla para indicarle a Surge Mobile Physical Therapy la información específica que desea que se divulgue:

- NO divulgue ninguna información que no sea para tratamiento o pago (omita las secciones 3 a 5, continúe con la sección 6)
- Información limitada (complete TODAS las secciones)
- TODOS los registros relacionados con mi atención en Surge Mobile Physical Therapy a cualquier parte solicitante (omita 3 y 4)

(3) Complete únicamente si seleccionó “información limitada”. Escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan:

_____ Evaluación/Examen

_____ Asistencia

_____ Correspondencia relacionada con sus servicios de fisioterapia

_____ Historial médico anterior

_____ Tratamientos

_____ Otros _____

(4) Complete únicamente si seleccionó “información limitada”. Autorizo la divulgación de información únicamente a las personas o entidades identificadas a continuación por su nombre:

Cónyuge: _____ Abogado: _____

Padre: _____ Empleador: _____

Amigo: _____ Escuela: _____

Otro: _____

(5) Marque solo una casilla que indique durante cuánto tiempo Surge Mobile Physical Therapy puede utilizar esta autorización:

- Divulgar mi información indefinidamente (mientras Surge Mobile Physical Therapy tenga la custodia de mis archivos)
- Divulgar mi PHI durante el siguiente período que comienza el ____/____/____ y termina el ____/____/____

(6) Ponga sus iniciales en todos los elementos a continuación para indicar que ha leído y comprende los derechos o la información a continuación:

_____ Entiendo que esta autorización no vence a menos que haya indicado una fecha de vencimiento arriba

_____ Entiendo que puedo negarme a dar autorización sin temor a represalias o limitaciones en el tratamiento.

_____ Entiendo que si doy autorización puedo revocarla en cualquier momento notificando a Surge Mobile Physical Therapy por escrito.

_____ Entiendo que la información utilizada/divulgada como resultado de mi autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede no estar protegida por las normas federales de privacidad una vez que esté en posesión del destinatario.

_____ Entiendo que si Surge Mobile Physical Therapy solicita mi autorización, se requiere que me diga el propósito y a quién se divulgará mi PHI (información médica protegida).

_____ Entiendo que recibiré una copia de esta autorización después de firmarla y antes de firmarla, si la solicito.

_____ Surge Mobile Physical Therapy no recibirá compensación por usar o divulgar mi PHI a menos que esté relacionado con el tratamiento o los procedimientos de pago a menos que el paciente obtenga un permiso específico después de la divulgación completa del propósito y la intención.

X _____

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha

Si no es paciente, relación con el paciente: _____