



Formulario de solicitud

Nombre: _____ Apellido: _____

Masculino/ femenino Casado/ soltero /otro

Fecha de nacimiento _____

domicilio particular: _____ ciudad _____ estado _____

número de teléfono

(Personal) _____ (trabajo) _____

correo electrónico _____

¿Cómo prefiere que nos pongamos en contacto con usted? ☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

Contacto de emergencia _____ Relación _____

Teléfono _____ Otros medios de contacto _____

¿Cuáles son sus inquietudes o los motivos por los que acude a nuestra clínica? ¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento? _____

¿Su médico ya ha enviado por fax la referencia? ☐ sí ☐ no Si no es así, ¿la tiene hoy con usted? ☐ sí ☐ no

¿Tiene un médico de cabecera? ☐ sí ☐ no ¿Nombre de su médico? _____

Nombre de la consulta o del grupo médico: _____

Número de teléfono del médico _____ Dirección _____

¿Cómo se enterase de la Clínica de Fisioterapia Nate Waters? ¿Quién se recomendó la clínica?

Historial médico

¿Cómo calificarías su salud en general? ☐Excelente ☐Muy buena ☐Buena ☐Regular ☐Mala

¿Ha estado hospitalizado en los últimos seis meses o en el último año? ☐No ☐Sí; en caso afirmativo, explique:

¿Ha recibido fisioterapia en el último año? ☐No ☐Sí. En caso afirmativo, ¿por qué y dónde recibió los servicios?

¿Trabajas actualmente o está estudiando? ☐No ☐Sí. En ese caso, ¿dónde y en qué puesto?

¿Tiene alguna alergia? ☐No ☐Sí. En caso afirmativo, indícalas: (Si necesita más espacio, puede utilizar el reverso de este documento).

¿Se ha sometido a alguna intervención cirugía? ☐No ☐Sí. En caso afirmativo, indique de qué se trataba y la fecha en que se realizó:

¿Toma algún medicamento prescrito? ☐No ☐Sí. En caso afirmativo, indíquelo a continuación:

¿Toma algún medicamento sin receta, vitaminas o suplementos? ☐No ☐Sí, en ese caso, ¿cuáles?

Antecedentes médicos (marque todas las opciones que correspondan)

☐ SARM	☐ Diabetes	☐ Hipertensión	☐ Prolapso de la válvula mitral
☐ Infarto	☐ Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ Coágulos sanguíneos	☐ Arritmia cardíaca
☐ Marcapasos	☐ Marcapasos interno	☐ Asma	☐ EPOC
☐ Ansiedad	☐ Enfisema	☐ Tuberculosis	☐ Acidez estomacal/Reflujo gástrico
☐ Hernia hiatal	☐ Cirrosis	☐ Hepatitis	☐ Enfermedades de la vesícula biliar
☐ Úlcera de estómago	☐ Enfermedades del tiroides	☐ Cálculos renales	☐ Infección renal
☐ Diálisis renal	☐ Anemia	☐ Contusiones	☐ VIH/SIDA
☐ Accidente cerebrovascular/AIT	☐ Convulsiones	☐ Alzheimer	☐ Enfermedad de Parkinson
☐ Dolores de cabeza	☐ Fibromialgia	☐ Lesión medular	☐ Prótesis articular ☐ Artritis
☐ Depresión	☐ Enfermedad mental	☐ Implantes metálicos	☐ Bomba de infusión (permanente)
☐ Osteoporosis	☐ Osteopenia	☐ Deficiencia de vitaminas	
☐ ¿Cáncer? Si es así, ¿de qué tipo?		☐ Otro	

Iniciales

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para recibir los servicios de la Clínica de Fisioterapia Nate Waters del Tulsa Community College. Al hacerlo, entiendo que los servicios tendrán un objetivo educativo y que los estudiantes participarán en la prestación de los mismos. También entiendo que los servicios pueden implicar contacto físico, tocamientos y/o contacto directo que puedan parecer de naturaleza delicada, pero que en todo momento se respetará mi comodidad y mi intimidad. Entiendo que tengo derecho a rechazar y a retirarme de la prestación de los servicios en cualquier momento.

Iniciales

TRATAMIENTO DE MENORES: Yo, en calidad de padre, madre o tutor legal, doy mi consentimiento para que se presten los servicios indicados por el fisioterapeuta, tras haber sido informado de dichos servicios tal y como figuran en el plan de cuidados registrado. Entiendo que debo permanecer en las instalaciones en todo momento y que cooperaré plenamente con los estudiantes, el personal, el cuerpo docente y los profesionales de la Clínica de Fisioterapia Nate Waters.

Iniciales

RESPONSABILIDAD: Soy consciente y acepto que la Clínica de Fisioterapia Nate Waters del Tulsa Community College no se hace responsable de la pérdida o los daños que puedan sufrir los objetos personales.

Iniciales

RENUNCIA Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: Por la presente, eximo, libero y absuelvo a la Clínica de Fisioterapia Nate Waters del Tulsa Community College, así como a sus agentes, representantes, afiliados, empleados o cesionarios, de toda responsabilidad, reclamación, demanda, daño, causa de acción o pérdida de cualquier tipo que surja o resulte de mi negativa a aceptar, recibir o permitir servicios médicos o de emergencia, incluidos, entre otros, el servicio de ambulancia, los servicios de técnicos de emergencias médicas, médicos o de atención urgente.

Iniciales

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Por la presente, cedo todos los beneficios directamente a la Clínica de Fisioterapia Nate Waters del Tulsa Community College y autorizo la divulgación de cualquier historial médico que sea necesario para facilitar mi proceso de tratamiento. Se me ha informado sobre la HIPAA en lo que respecta a la confidencialidad y al uso de mi información médica personal.

Iniciales

HISTORIAL MÉDICO: Entiendo que la Clínica de Fisioterapia Nate Waters y su personal no se encargarán de cumplimentar la documentación médica, incluidos los formularios para la prestación por incapacidad de la Seguridad Social y la indemnización por accidente laboral. Asimismo, entiendo que tengo derecho a obtener mi historial médico. El historial médico solo se facilitará al paciente y no a terceros.

Certifico que toda la información aquí facilitada es veraz y correcta.

Paciente/Tutor _____

Testigo _____

Formulario de autorización de la HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Divulgación de información

☐ Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, el historial médico, los exámenes y los tratamientos que se me han administrado.

Esta información podrá ser facilitada a:

- ☐ Esposo/a _____
- ☐ Hijos _____
- ☐ Otros _____
- ☐ No se facilitará información a nadie.

Esta autorización para la divulgación de información permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Paciente/Tutor _____ Fecha _____

Política de uso del correo electrónico y el teléfono móvil

Doy mi consentimiento y manifiesto mi preferencia para que la Clínica de Fisioterapia Nate Waters (NWPTC) se comunique conmigo por correo electrónico o mensajes SMS estándar en relación con diversos aspectos de mi atención médica, lo que puede incluir, entre otros, programas de ejercicios para realizar en casa y citas. Entiendo que el correo electrónico y los mensajes SMS estándar no son métodos de comunicación confidenciales y pueden no ser seguros. Entiendo además que, debido a ello, existe el riesgo de que los correos electrónicos y los mensajes SMS estándar relacionados con mi atención médica puedan ser interceptados y leídos por un tercero.

Tengo entendido que la Clínica de Fisioterapia Nate Waters no factura a las aseguradoras ni acepta pagos de ningún tipo. Además, la NWPTC no transmite información médica protegida (PHI) a otras entidades, como consultorios médicos, por medios electrónicos.

Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos. ☐ **sí** ☐ **no**

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto. ☐ **sí** ☐ **no**

Firma

Fecha

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.