



**D&D SPORTS MED**  
DENTON · SANGER · AUBREY

**DENTON** - 2318 San Jacinto Blvd., Suite 108  
Teléfono: (940) 380-9111 F: (940) 380-9112

**SANGER** - 1650 W. Chapman, Suite 400  
Teléfono: (940) 458-2611 F: (940) 458-2619

**AUBREY** - 26875 East Hwy. 380, Suite 124  
Teléfono: (972) 347-6000 F: (972) 347-6001

## **¡Bienvenido a D&D Sports Medicine!**

Nos complace que nos haya elegido para brindarle su terapia física ambulatoria. Estamos comprometidos a ayudarlo a alcanzar sus objetivos personales de salud a través de la fisioterapia a través de un proceso clínico personalizado, así como a educarlo sobre su condición para ayudarlo a prevenir la recurrencia.

### **Qué esperar:**

Como parte de su orientación, su primera visita consistirá en una evaluación completa de fisioterapia. Discutiremos su historial físico, condición actual y realizaremos un examen físico completo. El examen físico consistirá en pruebas especializadas diseñadas para evaluar la mecánica de su cuerpo, así como sus fortalezas y debilidades. Esto permitirá a nuestros terapeutas desarrollar un programa individualizado diseñado específicamente para tratar sus limitaciones de diagnóstico.

Se le pedirá que complete formularios de evaluación periódica para que podamos evaluar con precisión su progreso, y le proporcionaremos a su médico un informe de su progreso.

### **Qué ponerse:**

Prepárese para moverse mucho durante su primera sesión de fisioterapia. Con eso en mente, le recomendamos que use ropa y zapatillas más holgadas para la máxima comodidad.

### **Complete los formularios adjuntos y llévelos a su cita inicial.**

### **Por favor, traiga también lo siguiente:**

- Su derivación o receta de su médico para fisioterapia
- Su licencia de conducir u otra identificación con foto.
- Su(s) tarjeta(s) de seguro

### **Citas:**

- Asegúrese de llegar al menos 15 minutos antes de su evaluación inicial para completar el papeleo de admisión.
- Es importante para el proceso de recuperación que asista a todas sus citas prescritas. Si necesita cancelar, notifique amablemente a nuestra oficina **con al menos 24 horas** de anticipación.
- Si llega después de la hora de su cita, haremos todo lo posible para garantizar que reciba el máximo beneficio de su programa. Por favor, comprenda que nuestro compromiso con un servicio excepcional se extiende a todos nuestros clientes y es posible que se le pida que re programe su cita si llega más de 10 minutos tarde.

Si tiene alguna pregunta o necesita cambiar la fecha u hora de su cita, llame a nuestra oficina y estaremos encantados de hacer el ajuste por usted.

Gracias por elegir D&D Sports Medicine; ¡esperamos trabajar con usted!



**Formulario de admisión de pacientes**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(último) (primero) (MI)

Dirección postal \_\_\_\_\_  
(número y calle) (ciudad) (estado) (zip)

Teléfono residencial # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico remitente \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_

**► Seguro – por favor proporcione su tarjeta - si la tarjeta está en el archivo por favor omita**

Nombre y dirección del seguro primario \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Suscriptor fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del seguro secundario \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

► Transportista de Compensación de Trabajadores ◀ \_\_\_\_\_

Para los pacientes menores de 18 años de edad, el padre, pariente o persona *que acompaña* al paciente es responsable de cualquier pago adeudado en el momento del servicio.

Name de la madre \_\_\_\_\_

Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Celular # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Autorización y consentimiento**

- Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos independientemente del seguro o la responsabilidad de terceros.
- Autorizo el contacto mediante el uso de mi número de teléfono móvil / celular para discutir el tratamiento, confirmar citas y resolver el saldo de mi cuenta.
- Autorizo a D&D Sports Medicine a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo a mi compañía de seguros o a cualquier otro tercero interesado.
- Entiendo que asumiré el costo de todos los cobros asociados y / o honorarios legales / abogados si mi cuenta se coloca en una agencia de 3<sup>rd</sup> party y / o abogado para cobros o acciones legales.
- Autorizo a mi compañía de seguros o a cualquier otro tercero interesado a realizar el pago directamente a D&D Sports Medicine.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma



\*Nota: Este es un registro confidencial y se mantendrá en su tabla de PT. La información contenida aquí no será divulgada a nadie sin su autorización para hacerlo.

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IMC: Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date del último examen médico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Historia del problema actual**

¿Cuál es la razón principal de su evaluación de terapia física hoy?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En una escala de 0-10 (0 no es dolor, 10 es el peor dolor imaginable)  
Rodea el número que mejor describa tu dolor promedio

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuándo notó el problema por primera vez?  
hace días hace semanas hace meses años atrás  
Otros \_\_\_\_\_

**Marque la ubicación del dolor en el diagrama a continuación.**

El problema **empeora** con:  
Inactividad al movimiento De pie acostado sentado  
Otros \_\_\_\_\_

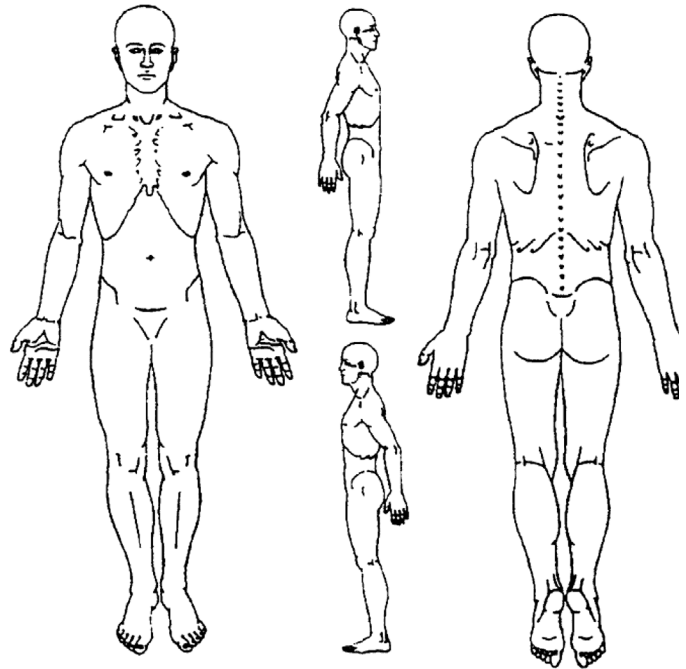
El problema **mejora** con:  
Inactividad al movimiento De pie acostado sentado  
Reposo Medicación Hielo caliente  
Otros \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia te molesta este problema?  
Constante Ocasional/Variable  
Otros \_\_\_\_\_

¿Cómo describirías el problema?  
Dull Sharp Dull y luego Sharp  
Muy afilado y luego se detiene  
Otros \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro síntoma?  
No Sí (por favor explique) \_\_\_\_\_

¿El problema interfiere con las funciones diarias?  
No Sí (por favor explique): \_\_\_\_\_





### Historial Médico

¿Lo ha hecho ahora o alguna vez lo ha tenido (por favor marque todos los que correspondan):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias  | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                       |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                        |
| <input type="checkbox"/> Angina  | <input type="checkbox"/> Incontinencia                         |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Trastornos de pánico   | <input type="checkbox"/> Ictericia                             |
| <input type="checkbox"/> Artritis (reumatoide/osteoartritis)   | <input type="checkbox"/> Dolor/hinchazón en las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Problemas                             |
|  | renales/vesicales/prostáticos/micción                          |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda (dolor de cuello / dolor de espalda / enfermedad degenerativa del disco / estenosis espinal) | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple / Parkinson/      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo:_____)   | <input type="checkbox"/> Cualquier enfermedad neurológica      |
| <input type="checkbox"/> ICC/Cualquier enfermedad cardíaca/Soplo cardíaco  | <input type="checkbox"/> Leucemia                              |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza crónicos  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                          |
| <input type="checkbox"/> Colitis   | <input type="checkbox"/> Otros trastornos                      |
| <input type="checkbox"/> Convulsión  | <input type="checkbox"/> Parálisis                             |
| <input type="checkbox"/> EPOC/SDRA/Enfisema  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn   | <input type="checkbox"/> Neumonía                              |
| <input type="checkbox"/> Depresión   | <input type="checkbox"/> Accidentes anteriores                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Cirugía previa                        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Prótesis/Implantes                    |
| <input type="checkbox"/> Fracturas   | <input type="checkbox"/> Psoriasis                             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal   | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar                      |
| <input type="checkbox"/> (úlceras/hernia/reflujo/intestino/hígado/vesícula biliar)   | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual                   |
| <input type="checkbox"/> Bocio   | (cataratas/glaucoma/degeneración macular)                      |
| <input type="checkbox"/> Cefaleas  | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales                   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva/audífonos   | <input type="checkbox"/> Disfunción del sueño                  |
| <input type="checkbox"/> Infarto   | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal o péptica            |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/SIDA/VIH  | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT         |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          |
|  | <input type="checkbox"/> PVD (Enfermedad Vascular Periférica)  |

¿Usas dentaduras postizas?  Yes  No

¿Usas anteojos/lentes de contacto?  Yes  No

¿Tienes un marcapasos?  Yes  No

¿Tienes alguna alergia en la piel?  Yes  No

¿Tiene alguna molestia/dificultad para respirar/dolor con el ejercicio?  Yes  No

¿Usted fuma?  Yes  No En caso afirmativo, ¿cuánto fuma? \_\_\_\_\_

Si dejaste de fumar, ¿lo dejaste de fumar? \_\_\_\_\_

¿Existe la posibilidad de que esté embarazada en este momento?  Yes  No

Enumere cualquier alergia a los medicamentos: \_\_\_\_\_

Enumere las hospitalizaciones/razones/fechas: \_\_\_\_\_



### Medicamentos

Para obtener una visión más completa de su condición, necesitamos saber qué medicamentos está tomando. Esto incluye **medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y cualquier otro suplemento**. Si no está tomando nada de lo anterior, escriba "NINGUNO". (Puede traer una lista diferente, pero DEBE incluir toda la información requerida)

<b>Nombre del medicamento (Nombre del medicamento en el paquete)</b>	<b>Dosificación (generalmente en mg. u onzas, etc.)</b>	<b>Frecuencia (Diariamente, 2 X día, etc.)</b>	<b>Ruta de Administración (Por vía oral, inyección, etc.)</b>	<b>Cambios o comentarios</b>
EJEMPLO: Coumadin	3 mg.	Diario	Oralmente	BIW a partir del 1/15/22

Doy fe de que la información anterior es correcta y fiel en la medida de mis posibilidades. Reconozco que debo informar a mi terapeuta de cualquier cambio que ocurra en la medicación mientras soy paciente en D&D.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma



**D&D SPORTS MED**  
DENTON · SANGER · AUBREY

### Política financiera y consentimiento para tratar

Este es un acuerdo entre D&D Sports Medicine y (nombre impreso) \_\_\_\_\_

En este acuerdo, las palabras "usted", "su" y "suyo" significan el Paciente. La palabra "cuenta" significa la cuenta que se ha establecido a su nombre a la que se realizan los cargos y se acreditan los pagos. Las palabras "nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren a D&D Sports Medicine.

Al ejecutar este acuerdo, usted acepta pagar por todos los servicios que se reciben.

**Estado de cuenta mensual:** Si tiene un saldo en su cuenta, le enviaremos un estado de cuenta mensual. Mostrará por separado el saldo anterior, cualquier cargo nuevo a la cuenta, el cargo financiero / de refacturación, si corresponde, y cualquier pago o crédito aplicado a su cuenta durante el mes.

**Política de cobro:** Si permite que el saldo de su paciente pase 120 días sin hacer arreglos de pago, se le enviará a una agencia de cobro. Si su saldo se envía a cobros, también será responsable de una tarifa del 30% además de su saldo.

#### **Opciones de pago si tiene seguro:**

1. Si tiene un deducible que cumplir, elige pagar con cheque o tarjeta de crédito en el momento en que se prestan los servicios. Enviaremos su reclamo a su compañía de seguros y le facturaremos cualquier responsabilidad adicional del paciente, si corresponde, que sea determinada por su compañía.
2. Usted elige pagar su copago, determinado por su compañía de seguros, con cheque o tarjeta de crédito en el momento en que se prestan los servicios. Si hay un saldo en su cuenta al final del mes, le facturaremos en consecuencia.
3. **Pagos:** A menos que se aprueben otros arreglos, el saldo de su estado de cuenta vence y es pagadero cuando se emite el estado de cuenta y está vencido si no se paga al final del mes. Si surgen circunstancias atenuantes, puede discutir un plan de pago con nuestro Departamento de Facturación 330-702-0110 ext. 149 o [inquiries@lincolnrs.com](mailto:inquiries@lincolnrs.com).

#### Consentimiento para la atención y el tratamiento

Yo, el abajo firmante, acepto y doy mi consentimiento para que D&D Sports Medicine brinde atención médica y tratamiento a \_\_\_\_\_ that se considere necesario y adecuado para diagnosticar o tratar su condición física y mental.

\_\_\_\_\_  
Padre o Representante Autorizado (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma



**D&D SPORTS MED**  
DENTON · SANGER · AUBREY

### Aviso de seguro y tarifa

**Seguro contratado:** Si estamos contratados con su compañía de seguros, debemos seguir nuestro contrato y sus requisitos. Es la compañía de seguros la que hace la determinación final de su elegibilidad de cobertura. Nuestra compañía de facturación verificará sus beneficios con su compañía de seguros y determinará si se requiere una autorización previa.

**Seguro no contratado:** El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. NO somos parte de este contrato, en la mayoría de los casos. Le facturaremos a su seguro primario como cortesía para usted. Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros la que hace la determinación final de su elegibilidad de cobertura. Usted acepta pagar cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro.

**Cuentas vencidas:** Si su cuenta se convierte en vencida, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Nos reservamos el derecho de referir su cuenta a un abogado o agencia de cobranza. Usted acepta pagar todos los honorarios de abogados y los costos de cobro incurridos para hacer cumplir los términos de este acuerdo.

**Cheques devueltos:** Hay una tarifa de \$25 por cualquier cheque devuelto por su banco.

**Citas perdidas:** Si descubre que no puede cumplir con su cita programada, le pedimos que cancele con al menos 24 horas de anticipación. **La falta de cancelación con al menos 24 horas de anticipación o "no se presenta" resultará en una tarifa de cancelación de \$ 50.00 por cita.** Este cargo debe pagarse en su totalidad antes de recibir tratamiento adicional.

**Compensación de Trabajadores:** Requerimos la aprobación / autorización por escrito de su compañía de compensación de trabajadores antes de su visita inicial. Si su reclamo es denegado, usted será responsable de su pago en su totalidad.

**Accidentes de vehículos motorizados:** Si la póliza de seguro involucrada en cualquier reclamo de accidente automovilístico no acepta responsabilidad por su reclamo, usted será responsable de sus pagos en su totalidad.

**Fecha de entrada en vigor:** Una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (por favor imprimir)

\_\_\_\_\_  
Padre o Representante Autorizado (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma



**D&D SPORTS MED**  
DENTON · SANGER · AUBREY

### **Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA**

Este Aviso de prácticas de privacidad contiene una descripción detallada de cómo nuestra oficina protegerá su información de salud, sus derechos como paciente y nuestras prácticas comunes en el tratamiento de la información de salud del paciente.

#### **Usos y divulgación de información de salud:**

Usaremos y divulgaremos su información de salud para tratarlo o para ayudar a otros proveedores de atención médica a tratarlo. También usaremos y divulgaremos su información de salud para obtener el pago de nuestros servicios o para permitir que las compañías de seguros procesen reclamos de seguros por servicios prestados a usted por nosotros u otros proveedores de atención médica. Finalmente, podemos divulgar su información de salud para ciertas actividades operativas limitadas, como la evaluación de la calidad, la concesión de licencias, la acreditación y la capacitación de los estudiantes.

#### **Usos y divulgaciones basados en su autorización:**

Excepto como se indica a continuación, no usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito.

#### **Usos y divulgaciones que no requieren su autorización:**

En las siguientes circunstancias, podemos divulgar su información de salud sin su autorización por escrito:

- Con fines de salud y seguridad
- A las agencias gubernamentales para fines de sus auditorías, investigaciones y actividades de supervisión
- A las autoridades gubernamentales para prevenir el maltrato infantil y la violencia doméstica
- A las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para proteger la seguridad pública o para ayudar a detener a los delincuentes
- Cuando lo exijan órdenes judiciales, órdenes de registro, citaciones y según lo exija la ley

#### **Derechos del paciente:**

Como nuestro paciente, usted tiene los siguientes derechos:

- Para tener acceso y/o copias de su información de salud
- Para recibir una cuenta o ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud
- Para solicitar restricciones en cuanto a cómo se usa o divulga su información de salud
- Para solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial.
- Para solicitar que modifiquemos su información de salud
- Para recibir un aviso de nuestras prácticas de privacidad

**Póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta, inquietud o queja con respecto a nuestras prácticas de privacidad.**

**Reconozco que me proporcionaron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que he leído (o he tenido la oportunidad de leer si así lo decido) y entiendo el Aviso.**

---

Nombre del paciente (por favor imprimir)

---

Padre o Representante Autorizado (si corresponde)

---

Firma

---

Fecha de firma





### Liberación de talento del paciente

Yo, (por favor imprima) \_\_\_\_\_ Entiendo que los usos anteriores pueden incluir, entre otros, películas, fotografías, impresos, sitios web, programas multimedia, redes sociales u otros tipos de medios promocionales existentes ahora o en el futuro.

Además, entiendo que al otorgar este permiso estoy renunciando a todos los derechos y reclamos de compensación monetaria por cualquier uso futuro de este material por parte de **D&D Sports Medicine**.

**Nombre del paciente (Imprimir):** \_\_\_\_\_

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

(Imprima el nombre del padre o tutor si la persona es menor de 18 años)

Un padre o tutor que firma lo hace individualmente y en nombre del menor y garantiza que él / ella tiene la autoridad para firmar en nombre del menor.

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

(Firma del padre o tutor individualmente y en nombre del menor)

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

---

### ¿Cómo te enteraste de nosotros?

Médico \_\_\_\_\_ Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Repetir paciente \_\_\_\_\_

Amigo/Familia \_\_\_\_\_ Nombre del Amigo/Familiar: \_\_\_\_\_

Google/Motor de búsqueda \_\_\_\_\_

Sitio web \_\_\_\_\_

Redes sociales \_\_\_\_\_

Publicidad \_\_\_\_\_

Evento \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_