

Formulario de registro del paciente – Medicare

Si no puede completar la documentación en inglés, espere a completar los formularios en la clínica donde hay servicios de interpretación disponibles.

Nombre del paciente:		Preferido:	
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal:			
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	
Dirección de correo electrónico:			
Teléfono particular:		Método de recordatorio de citas	
Teléfono celular:		<input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono celular	
Teléfono de oficina:		<input type="checkbox"/> Teléfono de oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Nombre de la pareja:	
Responsabilidad financiera: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Otra, indique el nombre del padre/madre/tutor legal:			
Dirección y número de teléfono, si son distintos de los anteriores:			
Número de Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	Relación:
2º Contacto - Información y teléfono:		Relación:	
Médico general:		Remitido por:	

¿Ha recibido tratamiento de fisioterapia desde enero de este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, # de visitas:
¿Ha recibido tratamiento quiropráctico desde enero de este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, # de visitas:
¿Ha recibido asistencia médica a domicilio en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proveedor de asistencia médica a domicilio:

Consentimiento para recibir tratamiento/asignación de beneficios/reconocimientos	
<p>Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el personal de Strive Physical Therapy & Sports Rehabilitation (Strive) y/o el profesional que me ha remitido realicen tratamientos/servicios para mí o en nombre del paciente arriba mencionado. Entiendo que tengo derecho a preguntar y a que se me responda a cualquier pregunta antes de recibir cualquier tratamiento, incluidos los riesgos o las alternativas al plan de tratamiento recomendado.</p> <p>Asigno el pago de estos servicios directamente a Strive. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguros y autorizo a Strive a divulgar la información médica necesaria relacionada con estos servicios para procesar las reclamaciones.</p> <p>Certifico que la información que he facilitado es exacta y completa.</p> <p>Al firmar este formulario, me comprometo a abonar puntualmente cualquier copago, coseguro y/o deducible exigidos. Acepto que los planes de seguros pueden denegar pagos por lo que creía que eran servicios cubiertos, lo que conlleva mi responsabilidad de pagar dichos servicios.</p> <p>Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que la práctica puede utilizar o divulgar mi información médica. Entiendo que mi información médica puede ser utilizada para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos o divulgaciones permitidos como se describe en el Aviso.</p>	
<p>_____</p> <p>Firma del paciente/tutor</p>	<p>_____</p> <p>Fecha</p>
<p>_____</p> <p>Nombre en letra de imprenta</p>	<p>_____</p> <p>Relación con el paciente</p>

Patient name:	DOB:
Authorization for Communication	
<p>Al proporcionar mi información de contacto anterior y firmar a continuación, consiento y autorizo a Strive y sus entidades, agentes y contratistas relacionados, incluyendo pero no limitándose a departamentos de programación, facturación y otros departamentos, a utilizar sistemas automáticos de marcación telefónica, mensajes de texto SMS (si se acepta) y correo electrónico para (1) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto, (si se opta por participar)) para mí sobre recordatorios de citas, encuestas a pacientes, mi cuenta, fechas de vencimiento, pagos atrasados, información para o relacionada con bienes médicos y/o servicios de terapia proporcionados, información de intercambio, cambios en la legislación sanitaria, cobertura sanitaria, seguimiento de atención y otra información sanitaria o (2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o por mensaje de texto, (si se opta por participar) que transmita un mensaje de 'atención sanitaria' realizado por, o en nombre de, una 'entidad cubierta' o su 'socio comercial', tal y como se definen esos términos en la Norma de Privacidad de HIPAA, 45 CFR 160.103. Entiendo que proporcionar un número de teléfono y/o una dirección de correo electrónico no es una condición para recibir servicios médicos.</p> <p>También entiendo que puedo revocar mi consentimiento para contactar en cualquier momento contactando directamente con Strive o utilizando el método de exclusión que se identificará en la comunicación correspondiente. También entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente a STRIVE cualquier cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico.</p> <p>Por favor, marque la casilla de abajo para optar a recibir mensajes.</p> <p><input type="checkbox"/> consiento recibir mensajes de texto sobre cuidados, recordatorios de citas y recordatorios importantes de salud de Strive al número de teléfono que te di. Reconozco que mi consentimiento no es una condición para la compra. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Puedes responder AYUDA para soporte o STOP para dar de baja Recibiendo mensajes. Para saber más sobre cómo gestionamos tus datos, consulta nuestra política de privacidad aquí. https://strivephysicaltherapy.com/wp-content/uploads/sites/36/2026/02/Strive-Website-Privacy-Policy-Terms-11-2025.pdf</p> <p><input type="checkbox"/> no consiento recibir mensajes de texto.</p>	
Firma del paciente/tutor:	Fecha:

Divulgación de información		
<p>Por la presente autorizo a Strive a comentar la información personal sobre mi atención médica en relación con mi tratamiento, incluidos el diagnóstico/pronóstico y/o la facturación y el pago de los servicios prestados en mi nombre, a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación.</p>		
Nombre (en letra de imprenta)	Relación	Número de teléfono
Nombre (en letra de imprenta)	Relación	Número de teléfono
Nombre (en letra de imprenta)	Relación	Número de teléfono
Firma del paciente/tutor:	Fecha:	

Nombre del paciente:	DOB:
Política financiera	
El pago de los servicios debe efectuarse en el momento de prestación de los servicios	
Verificaremos sus beneficios con su compañía de seguros. Sin embargo, esto no garantiza que cubran el tratamiento prescrito. Al firmar a continuación, usted reconoce que es responsable de los deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos no pagados por la compañía de seguros y entiende que usted es totalmente responsable de cualquier saldo adeudado por los servicios prestados.	
Firma del paciente/tutor:	Fecha:

Política de cancelación/inasistencia y pago de tasas	
Es política de Strive controlar y gestionar las inasistencias a las citas y las cancelaciones tardías. La asistencia regular a las sesiones de terapia es crucial para que se recupere plenamente y vuelva a realizar las actividades que le gustan. Si no acude a una cita, perderá una oportunidad de progresar en su recuperación y afectará a nuestra capacidad para atender a otros pacientes que puedan necesitar atención urgente.	
Si necesita cancelar o cambiar la cita, llame a la clínica.	
Las citas programadas deben cancelarse o reprogramarse al menos 24 horas antes.	
La falta de asistencia a su cita sin previo aviso de 24 horas puede resultar en una cuota de 50 dólares que se cargará directamente a usted como el paciente (no al seguro) para cada caso de una cita perdida.	
_____	_____
Firma del paciente/representante autorizado	Fecha
_____	_____
Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente

Nombre del paciente:		DOB:	
FORMULARIO DE MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO (MSP)			
Parte I			
1. ¿Recibe beneficios del Programa Pulmón Negro? En caso afirmativo, fecha de inicio de los beneficios: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿Esta lesión/enfermedad se debe a un accidente/condición relacionada con el trabajo? En caso afirmativo, fecha de la lesión/enfermedad: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
3. ¿La lesión/enfermedad estaba cubierta por el seguro sin culpa (y/o cobertura de gastos médicos), incluidos los locales o el automóvil? En caso afirmativo, fecha del accidente: _____ ¿Está disponible el seguro sin culpa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
4. ¿Estaba esta lesión/enfermedad relacionada con un accidente en el que tiene intención de presentar una demanda por responsabilidad civil o un litigio pendiente? En caso afirmativo, indique: <u>Nombre del abogado:</u> _____ <u>Dirección:</u> _____ <u>Número de teléfono:</u> _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<p>Si ha contestado NO a todas las preguntas, pase a la Parte II.</p> <p>Si ha contestado SÍ a alguna de las preguntas anteriores, Medicare es el pagador secundario, no es necesario que pase a la Parte II. Indique los datos de su seguro principal.</p>			
Parte II			
1. ¿Tiene derecho a Medicare en función de? <i>Marque la casilla que corresponda</i>			
<input type="checkbox"/> Edad (65 años o más) – pase a la pregunta #2 <input type="checkbox"/> Discapacidad – pase a la pregunta #2 <input type="checkbox"/> Etapa terminal – pase a la Parte III			
2. ¿Tiene un plan de salud colectivo (GHP) basado en su propio empleo actual o en el empleo actual de su cónyuge o de otro miembro de su familia? En caso afirmativo, basándose en si tiene 65 años o más o está discapacitado, cuántos empleados, incluido usted o su cónyuge, trabajan para la empresa de la que tiene cobertura GHP:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Tercera edad (65 años o más) - Si es adulto mayor y tiene 20 o más empleados, <u>su GHP es primario.</u>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Discapacidad - Si está discapacitado y su empresa, cónyuge o familiar tiene 100 empleados o más, <u>su GHP es primario.</u>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Parte III			
<i>Los beneficios de Medicare son secundarios a los beneficios pagaderos en virtud de un GHP para las personas que reúnen los requisitos o tienen derecho a beneficios por enfermedad renal terminal durante un período de hasta 30 meses si Medicare no era el pagador primario adecuado para la persona por motivos de edad o discapacidad en el momento en que esta persona reunía los requisitos o tenía derecho a Medicare por enfermedad renal terminal.</i>			
1. ¿Tiene un plan de salud colectivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
2. ¿Está dentro del periodo de coordinación de 30 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta a AMBAS preguntas es afirmativa, el GHP es primario durante el periodo de coordinación de 30 meses.			
Proporcione una copia de su seguro médico colectivo si se determina que es primario.			
Firma del paciente/representante:		Fecha:	
Relación con el paciente:			

Nombre del paciente:	DOB:
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE	
Ocupación:	Altura: Peso: Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Actividades de ocio/pasatiempos:	
¿Usted es <input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo?	
¿Dónde vive? <input type="checkbox"/> Vivienda particular <input type="checkbox"/> Apartamento/habitación alquilada <input type="checkbox"/> Vivienda asistida/casa de acogida <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Otros:	
¿Con quién vive? <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Solo cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge y otras personas <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otros:	
¿Su vivienda tiene...? <input type="checkbox"/> Escaleras, sin barandilla <input type="checkbox"/> Escaleras, con barandilla <input type="checkbox"/> Rampas <input type="checkbox"/> Terreno irregular Por favor, explique:	
¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses? ¿Tuvo como consecuencia una lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Durante el último mes, ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado o le ha molestado tener poco interés o placer por hacer cosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado de salud general: Califique su estado de salud. <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
Indique a continuación cualquier alergia conocida (incluidos medicamentos, látex, etc.).	

Historia social / Bienestar	
¿Toma usted bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consume usted tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Con qué frecuencia ha completado al menos 20 minutos de ejercicio, como correr, montar en bicicleta o caminar a paso ligero, antes del inicio de su enfermedad? <input type="checkbox"/> Al menos 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca	

Cirugía / Hospitalización, incluya la fecha y el motivo.	

Indique los medicamentos que toma actualmente (con receta, sin receta y a base de plantas). También puede proporcionar a nuestro personal de oficina una lista para copiar.				
Nombre	Dosificación	Frecuencia	Indique la ruta	
			Oral	Parche Tópica Otras
			Oral	Parche Tópica Otras
			Oral	Parche Tópica Otras
			Oral	Parche Tópica Otras

¿Está experimentando alguna de las siguientes situaciones?			
Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores torácicos (angina de pecho)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos productiva/crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El dolor me despierta por la noche	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reciente, escalofríos, sudores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mareo/vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas visuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de audición/pitidos en los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Debilidad inusual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatiga o mialgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor o inflamación articular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cambios de peso inexplicables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente:		DOB:	
¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?			
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis - En caso afirmativo, tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades/Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedades autoinmunes En caso afirmativo, tipo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estimulador de la médula espinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno intestinal o vesical	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer - En caso afirmativo, sitio:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parkinson	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Actualmente embarazada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de habla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ictus/AIT	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

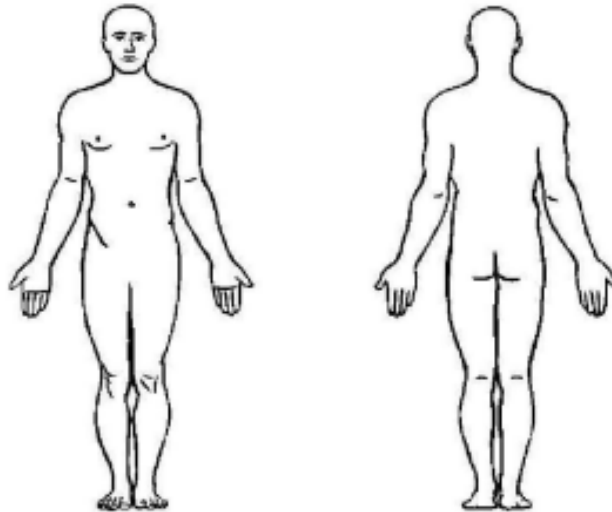
Estado actual
¿Cuándo empezó este problema o problemas/fecha de aparición?
Si es crónico, ¿cuándo buscó tratamiento médico?
¿Su estado actual está relacionado con una intervención quirúrgica reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique la fecha de la cirugía:
Describa el problema o problemas.
Explique cómo se produjo el problema o problemas.
¿Ha tenido este problema anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces?
Sus síntomas empeoran: <input type="checkbox"/> Por la mañana <input type="checkbox"/> Por la tarde <input type="checkbox"/> Por la noche <input type="checkbox"/> Igual todo el día
¿Cómo se está ocupando ahora de los problemas?
Mi dolor/problema es cada vez: <input type="checkbox"/> Peor <input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Sigue igual
Mis síntomas me molestan: <input type="checkbox"/> Constantemente (100%) <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo (75%) <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (50%) <input type="checkbox"/> De vez en cuando (25%)
¿Tiene entumecimiento, hormigueo o ardor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, marque una opción: <input type="checkbox"/> Constantemente <input type="checkbox"/> Intermitentemente
¿Qué funciones podía realizar antes que ahora no puede?
Explique cualquier tratamiento específico que haya recibido para este problema, como fisioterapia o terapia ocupacional previas, visitas quiroprácticas, analgésicos, etc.
¿Le han hecho radiografías, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas o gammagrafías óseas por este problema? En caso afirmativo, indique las fechas y los resultados.
¿Conoce alguna razón física por la que no deba recibir tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, díganos de qué se trata:
¿Cuáles son sus objetivos terapéuticos?

Nombre del paciente:

DOB:

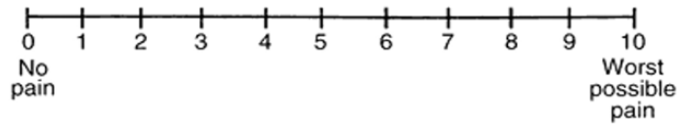
Valoración de los síntomas

Marca en el diagrama corporal la ubicación del(los) síntoma(s): O - Para el dolor
X - Para entumecimiento/hormigueo/ardor



Por favor, califica tu dolor en una escala del 0 al 10 (0 = sin dolor; 10 = El peor dolor imaginable)

Actual: /10 Mejor: /10 Peor: /10



Avisaré al terapeuta si mi condición física cambia, lo que alterará mi respuesta a cualquier pregunta en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____