

### 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:	

<b>Consentimiento para recibir tratamiento/asignación de beneficios/reconocimientos</b>	
<p>Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el personal de Strive Physical Therapy &amp; Sports Rehabilitation (Strive), SOAR Physical Therapy (SOAR) (Strive/SOAR) 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/SOAR. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguros y autorizo a Strive/SOAR 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>	
Firma del paciente/tutor	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente

**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

**Autorización para la Comunicación**

Al proporcionar mi información de contacto anterior y firmar a continuación, consiento y autorizo a Strive/SOAR 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.

También entiendo que puedo revocar mi consentimiento para contactar en cualquier momento contactando directamente con Strive/SOAR o utilizando el método de exclusión que se identificará en la comunicación correspondiente. También entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente a Strive/SOAR cualquier cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico.

**Por favor, marque la casilla de abajo para optar a recibir mensajes.**

- consiento** recibir mensajes de texto sobre cuidados, recordatorios de citas y recordatorios importantes de salud de Strive/SOAR 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>

- no** consiento recibir mensajes de texto.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

**Divulgación de información**

Por la presente autorizo a Strive/SOAR 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.

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:**

**Fecha de nacimiento:**

**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/SOAR 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/tutor:

Fecha:

<b>Nombre del paciente:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>FORMULARIO DE MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO (MSP)</b>			
<b>Parte I</b>			
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	
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: Nombre del abogado: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Si ha contestado <b>NO</b> a todas las preguntas, pase a la Parte II.			
Si ha contestado <b>SÍ</b> 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.			
<b>Parte II</b>			
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 <b>Parte III</b>			
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	
<b>Parte III</b>			
<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.			
<b>Proporcione una copia de su seguro médico colectivo si se determina que es primario.</b>			
Firma del paciente/representante:		Fecha:	
Relación con el paciente:			

<b>Nombre del paciente:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE</b>			
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.).			

<b>Historia social / Bienestar</b>	
¿Toma usted bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consumes 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	

<b>Cirugía / Hospitalización, incluya la fecha y el motivo.</b>	

<b>Indique los medicamentos que toma actualmente</b> (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

<b>¿Está experimentando alguna de las siguientes situaciones?</b>			
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

<b>Nombre del paciente:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?</b>			
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

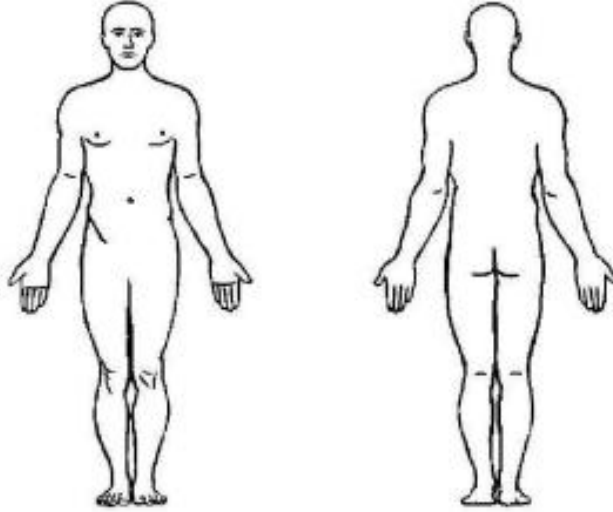
<b>Estado actual</b>
¿Cuándo empezó este problema o problemas/fecha de aparición?
Si es crónico, ¿cuándo buscó tratamiento médico?
¿Su estado actual está relacionado con una intervención quirúrgica reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, especifique la fecha 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:**

**Fecha de nacimiento:**

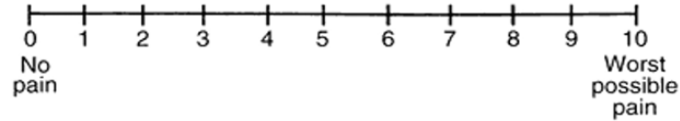
**Valoración de los síntomas**

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: \_\_\_\_\_