

### Formulario de registro del paciente – Seguro comercial

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 TLC Physical Therapy (TLC) 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 TLC. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguros y autorizo a TLC 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>

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>DOB:</b>
<b>Autorización para la Comunicación</b>	
<p>Al proporcionar mi información de contacto anterior y firmar a continuación, consiento y autorizo a TLC 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 TLC o utilizando el método de exclusión que se identificará en la comunicación correspondiente. También entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente a TLC cualquier cambio de número de teléfono o dirección de correo electrónico.</p> <p><b>Por favor, marque la casilla de abajo para optar a recibir mensajes.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>consiento</b> recibir mensajes de texto sobre cuidados, recordatorios de citas y recordatorios importantes de salud de TLC 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.  <a href="https://tlc-pt.com/wp-content/uploads/sites/6/2026/02/TLC-Website-Privacy-Policy-Terms-11-2025.pdf">https://tlc-pt.com/wp-content/uploads/sites/6/2026/02/TLC-Website-Privacy-Policy-Terms-11-2025.pdf</a></p> <p><input type="checkbox"/> <b>no</b> consiento recibir mensajes de texto.</p>	
Firma del paciente/tutor:	Fecha:

<b>Divulgación de información</b>		
<p>Por la presente autorizo a TLC 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:	

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>DOB:</b>
<b>Política financiera</b>	
<b>El pago de los servicios debe efectuarse en el momento de prestación de los servicios</b>	
<p>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.</p>	
Firma del paciente/tutor:	Fecha:

<b>Política de cancelación/inasistencia y pago de tasas</b>	
<p>Es política de TLC 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.</p> <p>Si necesita cancelar o cambiar la cita, llame a la clínica.</p> <p>Las citas programadas deben cancelarse o reprogramarse al menos 24 horas antes.</p> <p>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.</p>	
_____ Firma del paciente/representante autorizado	_____ Fecha
_____ Nombre en letra de imprenta	_____ Relación con el paciente

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>DOB:</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	¿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	

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

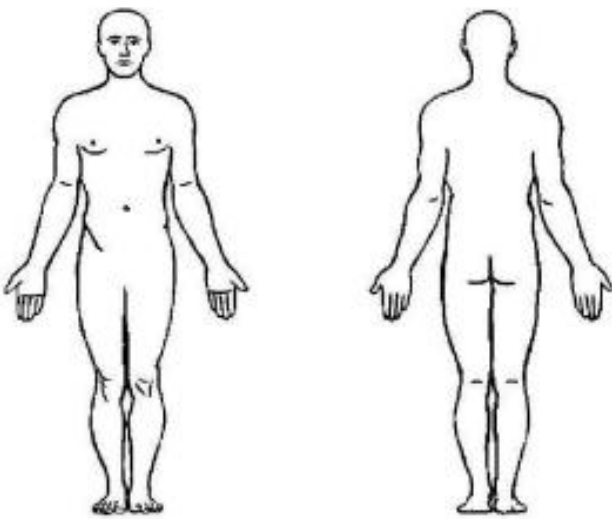
**Indique los medicamentos que toma actualmente** (con receta, sin receta y a base de plantas). También puede proporcionar a nuestro personal de oficina una lista para copiar.

Nombre	Dosificación	Frecuencia	Indique la ruta
			Oral   Parche   Tópica   Otras
			Oral   Parche   Tópica   Otras
			Oral   Parche   Tópica   Otras
			Oral   Parche   Tópica   Otras

<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

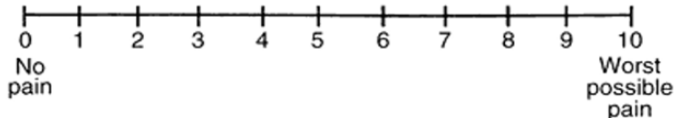
<b>Nombre del paciente:</b>		<b>DOB:</b>	
<b>¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?</b>			
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>DOB:</b>
<b>Valoración de los síntomas</b>	
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: \_\_\_\_\_