

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:			
2º Contacto Nombre/Dirección:			
Teléfono del 2º contacto:		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:

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO Tenga en cuenta que se archivará una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro. El paciente es responsable de proporcionar la información más actualizada sobre su seguro.

Seguro primario:		Seguro secundario:	
Grupo #:	Póliza #:	Grupo #:	Póliza #:
Información del asegurado:		Información del asegurado:	

Consentimiento para recibir tratamiento/asignación de beneficios/reconocimientos	
<p>Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el personal de Shea Physical Therapy and Hand Therapy Services (Shea PT) 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 Shea PT. Autorizo la presentación de reclamaciones a mi plan de seguros y autorizo a Shea PT a divulgar la información médica necesaria relacionada con estos servicios para procesar las reclamaciones. 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 de comunicación	
<p>Al proporcionar mi información de contacto anterior y firmar a continuación, consiento y autorizo a Shea PT y sus entidades relacionadas, agentes, contratistas, incluyendo, sin limitación, sus departamentos de programación, facturación, y otros departamentos para utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, mensajes de texto SMS y correo electrónico a (1) proporcionar mensajes (incluyendo mensajes pregrabados o mensajes de texto) a mi persona acerca de recordatorios de citas, encuestas de pacientes, mi cuenta, fechas de vencimiento de pago, pagos atrasados, información para o relacionada con los bienes médicos y/o servicios de terapia prestados, información de intercambio, cambios en la ley de atención médica, cobertura de atención médica, seguimiento de la atención y otra información de atención médica o (2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o a través de un mensaje de texto que entregue un mensaje de "atención médica" realizado por, o en nombre de, una "entidad cubierta" o su "asociado comercial", tal como se definen estos términos en la Norma de Privacidad de la 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 de contacto en cualquier momento poniéndome en contacto directamente con Shea PT o utilizando el método de exclusión que se identificará en la comunicación correspondiente. También entiendo que es mi responsabilidad notificar a Shea PT inmediatamente 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 Shea PT al número de teléfono que te di. Reconozco que mi consentimiento no es una condición para la compra. Mensaje & Se pueden aplicar tarifas de datos. La frecuencia de los mensajes varía. Puedes responder a AYUDA para soporte o STOP para no recibir Mensajes. Para saber más sobre cómo gestionamos tus datos, consulta nuestra política de privacidad aquí. https://sheaphysicaltherapy.com/wp-content/uploads/sites/8/2026/04/Shea-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 Shea PT 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:	

Política financiera	
<p>El pago de los servicios debe efectuarse en el momento de prestación de los servicios</p> <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:

Nombre del paciente:**Fecha de nacimiento:****Política de cancelación/inasistencia y pago de tasas**

Es política de Shea PT 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

FORMULARIO DE MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO (MSP)

Nombre del paciente: _____

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
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 **NO** a todas las preguntas, pase a la Parte II.

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.

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"/> 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"/> 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

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.

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:	Fecha de nacimiento:
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE	
Ocupación:	Estatura: Peso: Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Actividades recreativas/Pasatiempos: ¿Es usted? <input type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo	
¿Dónde vive? <input type="checkbox"/> Casa privada <input type="checkbox"/> Departamento/Habitación en alquiler <input type="checkbox"/> Vivienda asistida/Hogar grupal <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Con quién vive? <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Solo con el cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge y otras personas <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Su hogar tiene? <input type="checkbox"/> Escaleras sin pasamanos <input type="checkbox"/> Escaleras con pasamanos <input type="checkbox"/> Rampas <input type="checkbox"/> Terreno irregular Explique:	
¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses? ¿Resultó en una lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En el último mes, ¿se ha sentido desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza, o ha estado afectado/a por tener poco interés o placer en hacer cosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado general de salud: Califique su salud. <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	
Enumere cualquier alergia conocida (incluyendo medicamentos, látex, etc.) a continuación.	

Historial social / Bienestar	
¿Consumo bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Antes del inicio de su condición, ¿con qué frecuencia realizaba al menos 20 minutos de ejercicio, como trotar, andar en bicicleta o caminar a paso ligero? <input type="checkbox"/> Al menos 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> Rara vez o nunca	

Hospitalización, incluya la fecha y el motivo.	

Enumere los medicamentos que toma actualmente (incluyendo medicamentos con receta, de venta libre y a base de hierbas). También puede proporcionar al personal de la oficina una lista para copiar.				
Nombre	Dosis	Frecuencia	Indique la vía	
			Oral	Parche Tópica Otra
			Oral	Parche Tópica Otra
			Oral	Parche Tópica Otra

¿Actualmente presenta alguno de los siguientes síntomas?			
Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en el pecho (angina)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos productiva o 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, escalofríos o sudoración reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Episodios de mareos	<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 aire	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Palpitaciones cardíacas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de audición / zumbido 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 hinchazón en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cambios de peso inexplicables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones?			
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<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; si la respuesta es sí, 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	Enfermedad o problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad autoinmune; si la respuesta es sí, 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 de vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer; si la respuesta es sí, sitio:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Afecciones cardíacas	<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 del habla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Accidente cerebrovascular / AIT	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Condición actual

¿Sabe cómo se desarrolló su linfedema? Describa:

¿Hace cuánto tiempo tiene linfedema? _____

Linfedema en: Brazo izquierdo Brazo derecho Pierna izquierda Pierna derecha Cabeza/Cuello Genital
 Otro: _____

Cirugía de mama: Lado derecho, año _____ Lado izquierdo, año _____ Ambos lados, año _____
 Lumpectomía Mastectomía modificada/radical Mastectomía simple/total Disección de ganglios axilares
 Biopsia de ganglio centinela

Cirugía anómala: Resección pélvica, fecha _____ Histerectomía, fecha _____
 Otras cirugías anómalas, especifique/fecha: _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes?
 Quimioterapia Número de tratamientos: _____ Año _____
 Radiación Número de tratamientos: _____ Año _____
 Infecciones Antibióticos: _____

¿Ha recibido alguna intervención previa para su linfedema? Sí No
 En caso afirmativo, indique a continuación:
 Bomba, tipo: _____ Prendas, tipo: _____
 Diuréticos: _____ Otro: _____

¿Tiene algún dolor asociado con su linfedema? Sí No

¿Qué tipo de dolor siente?

¿Qué alivia su dolor?

¿Qué empeora su dolor?

¿Alguna vez ha presentado filtración de líquido linfático? Sí No

¿Alguna vez ha tenido úlceras o llagas abiertas en la extremidad afectada? Sí No

¿Cuál es su nivel habitual de levantamiento de peso? Ligero Moderado Pesado

¿Qué pruebas/estudios se han realizado por su linfedema?

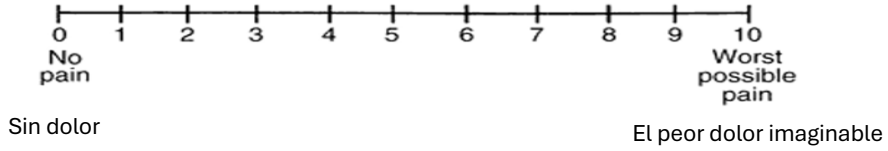
¿Qué no puede hacer debido a su linfedema?

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia?

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Califique su dolor en una escala del 0 al 10 – encierre en un círculo (0 = Sin dolor; 10 = El peor dolor imaginable)



Avisaré al terapeuta si se produce algún cambio en mi estado físico que altere mi respuesta a alguna de las preguntas de este cuestionario.

Firma del paciente/representante autorizado: _____ Fecha: _____

A continuación se enumeran síntomas o problemas reportados por muchas personas con linfedema. Indique en qué medida estos problemas asociados con su linfedema le han afectado durante la última semana. Encierre en un círculo el número que describa mejor su nivel de síntomas.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:				
Preocupaciones físicas – Encierre en un círculo					
1. La intensidad del dolor asociado con mi linfedema es:					
0	1	2	3	4	5
Sin dolor					Dolor intenso
2. La sensación de pesadez en la extremidad asociada con mi linfedema es:					
0	1	2	3	4	5
Sin pesadez					Extremadamente pesado
3. El nivel de tirantez de la piel asociado con mi linfedema es:					
0	1	2	3	4	5
Sin tirantez					Extremadamente tirante
4. El tamaño de mi(s) extremidad(es) hinchada(s) parece ser:					
0	1	2	3	4	5
Tamaño normal					Extremadamente grande
5. El linfedema afecta el movimiento de mi(s) extremidad(es) hinchada(s):					
0	1	2	3	4	5
Movimiento normal					Movimientos extremadamente limitados
6. La fuerza en mi(s) extremidad(es) hinchada(s) es					
0	1	2	3	4	5
Fuerza normal					Extremadamente débil
Preocupaciones psicosociales – Encierre en un círculo					
7. El linfedema afecta mi imagen corporal (cómo creo que me veo):					
0	1	2	3	4	5
Para nada					Completamente
8. El linfedema afecta mi interacción social con otras personas					
0	1	2	3	4	5
No interfiere					Interfiere completamente
9. El linfedema afecta mis relaciones íntimas con mi cónyuge o pareja (califique 0 si no corresponde)					
0	1	2	3	4	5
No interfiere					Interfiere completamente
10. El linfedema “me desanima” (es decir, tengo sentimientos de depresión, frustración o enojo debido al linfedema).					
0	1	2	3	4	5
Nunca					Constantemente
11. Debo depender de otras personas para recibir ayuda debido a mi linfedema.					
0	1	2	3	4	5
Para nada					Completamente
12. Sé qué hacer para manejar mi linfedema					
0	1	2	3	4	5
Buen comprensión					Sin comprensión
Preocupaciones funcionales - Encierre en un círculo					
13. El linfedema afecta mi capacidad para realizar actividades de autocuidado (por ejemplo, alimentarme, vestirme, higiene).					
0	1	2	3	4	5
No interfiere					Interfiere completamente
14. El linfedema afecta mi capacidad para realizar actividades rutinarias en el hogar o relacionadas con el trabajo.					
0	1	2	3	4	5
No interfiere					Interfiere completamente
15. El linfedema afecta mi desempeño en las actividades recreativas que prefiero.					
0	1	2	3	4	5
No interfiere					Interfiere completamente
16. El linfedema afecta el ajuste adecuado de la ropa o el calzado.					
0	1	2	3	4	5
Se ajusta adecuadamente					No puedo usarlo
17. El linfedema afecta mi sueño.					
0	1	2	3	4	5
No interfiere					Interfiere completamente
Ocurrencia de infecciones - Encierre en un círculo					
18. Durante el último año, he presentado una infección en mi extremidad hinchada que requirió antibióticos orales o hospitalización.					
0	1x	2x	3x	4 o más	

Consentimiento para Linfedema

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

El tratamiento exitoso del linfedema requiere el compromiso y la dedicación tanto del paciente como del terapeuta. Se debe entender que este programa no es una cura, sino un programa de mantenimiento, y usted será responsable de mantener su condición bajo control por el resto de su vida. La reducción del edema no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también disminuye la incidencia de infecciones secundarias graves. Si recibe tratamiento por parte de Shea Physical Therapy Specialist, se le requerirá seguir un programa específico en el consultorio y en el hogar.

El linfedema es una acumulación anormal de líquido, proteínas y desechos celulares (llamado líquido linfático) en los tejidos, lo que provoca hinchazón en una parte del cuerpo. El objetivo de la rehabilitación es ayudarlo a mejorar la función de las áreas afectadas, manejar la hinchazón y mejorar su calidad de vida.

Los tratamientos para el linfedema pueden incluir:

- Evaluación y educación pre y postoperatoria para diagnósticos específicos de cáncer
- Terapia descongestiva completa
- Recomendación, adaptación y entrenamiento en prendas de compresión
- Kinesio Tape para aliviar el dolor y reducir la hinchazón
- Planes de ejercicio personalizados
- Cuidado de la piel y educación
- Bombas secuenciales neumáticas
- Drenaje linfático manual
- Vendajes de compresión
- Movilización de tejidos blandos y cicatrices
- Educación para el autocuidado

Sírvase de escribir sus iniciales.

_____ Se me ha informado que el tratamiento del linfedema —incluyendo vendajes de compresión, así como instrucciones sobre ejercicio y autocuidado— requiere citas diarias (de lunes a viernes) antes de que la secuencia de tratamiento se reduzca gradualmente a 2–3 citas por semana, hasta que lleguen mis prendas personalizadas.

_____ Después de mis tratamientos con los terapeutas físicos/ocupacionales, se me requerirá —en la medida de mis capacidades— seguir un protocolo de autocuidado que consiste en el uso diario de prendas de compresión para el día y la noche, así como cualquier otra recomendación enseñada durante mis visitas de terapia.

Este formulario de consentimiento me ha sido explicado y certifico que comprendo plenamente su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información anterior, y sé que puedo realizar cualquier consulta adicional que tenga, ya sea relacionada con el tratamiento o con una conversación posterior, en una fecha futura.

Firma del paciente

Fecha