Shea Physical Therapy | Hand Therapy Services OF CORPUS CHRISTI

A MEMBER OF THE CONFLUENT HEALTH FAMILY

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:	☐ Teléfono particular ☐ Teléfono celular
Teléfono de oficina:	☐ Teléfono de oficina ☐ Correo electrónico
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo	Nombre de la pareja:
Responsabilidad financiera: ☐ Propia ☐ 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? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, # de visitas:
¿Ha recibido tratamiento quiropráctico desde enero de este año? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, # de visitas:
¿Ha recibido asistencia médica a domicilio en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proveedor de asistencia médica a domicilio:

Consentimiento para recibir tratamiento/asignación de beneficios/reconocimientos

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el personal de Shea Physical Therapy (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.

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.

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.

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.

_____ _____

Firma del paciente/tutor Fecha

_____ _____

Nombre en letra de imprenta Relación con el paciente

Shea Physical Therapy | Hand Therapy Services OF CORPUS CHRISTI

A MEMBER OF THE CONFLUENT HEALTH FAMILY

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 Shea PT 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 Shea PT o utilizando el método de exclusión que se identificará en la comunicación correspondiente. También entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente a Shea PT 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 Shea PT 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://sheaphysicaltherapy.com/wp-content/uploads/sites/8/2026/04/Shea-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 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.

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

<u>El pago de los servicios debe efectuarse en el momento de prestación de los servicios</u>

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 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/tutor: Fecha:

Nombre del paciente:	**Fecha de nacimiento:**	
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: _____	☐ Sí	☐ No
2. ¿Esta lesión/enfermedad se debe a un accidente/condición relacionada con el trabajo? En caso afirmativo, fecha de la lesión/enfermedad: _____	☐ Sí	☐ 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?	☐ Sí ☐ Sí	☐ No ☐ 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: _____ 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.	☐ Sí	☐ No
Parte II		
1. ¿Tiene derecho a Medicare en función de? *Marque la casilla que corresponda* ☐ Edad (65 años o más) – pase a la pregunta #2 ☐ Discapacidad – pase a la pregunta #2 ☐ 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: ☐ Tercera edad (65 años o más) - Si es adulto mayor y tiene 20 o más empleados, su GHP es primario. ☐ Discapacidad - Si está discapacitado y su empresa, cónyuge o familiar tiene 100 empleados o más, su GHP es primario.	☐ Sí ☐ Sí ☐ Sí	☐ No ☐ No ☐ 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?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Está dentro del periodo de coordinación de 30 meses?	☐ Sí	☐ 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:		

Shea Physical Therapy | Hand Therapy Services OF CORPUS CHRISTI

A MEMBER OF THE CONFLUENT HEALTH FAMILY

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

Historia social / Bienestar	
¿Toma usted bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No	¿Consume usted tabaco? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Al menos 3 veces por semana ☐ 1-2 veces por semana ☐ 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	☐ Sí ☐ No	Dolores torácicos (angina de pecho)	☐ Sí ☐ No
Tos productiva/crónica	☐ Sí ☐ No	El dolor me despierta por la noche	☐ Sí ☐ No
Dificultad para tragar	☐ Sí ☐ No	Fiebre reciente, escalofríos, sudores	☐ Sí ☐ No
Mareo/vértigo	☐ Sí ☐ No	Dificultad para dormir	☐ Sí ☐ No
Dolores de cabeza	☐ Sí ☐ No	Falta de aliento	☐ Sí ☐ No
Problemas visuales	☐ Sí ☐ No	Palpitaciones	☐ Sí ☐ No
Pérdida de audición/pitidos en los oídos	☐ Sí ☐ No	Pérdida de apetito	☐ Sí ☐ No
Dificultad para caminar	☐ Sí ☐ No	Incontinencia	☐ Sí ☐ No
Debilidad inusual	☐ Sí ☐ No	Fatiga o mialgia	☐ Sí ☐ No
Dolor o inflamación articular	☐ Sí ☐ No	Cambios de peso inexplicables	☐ Sí ☐ No

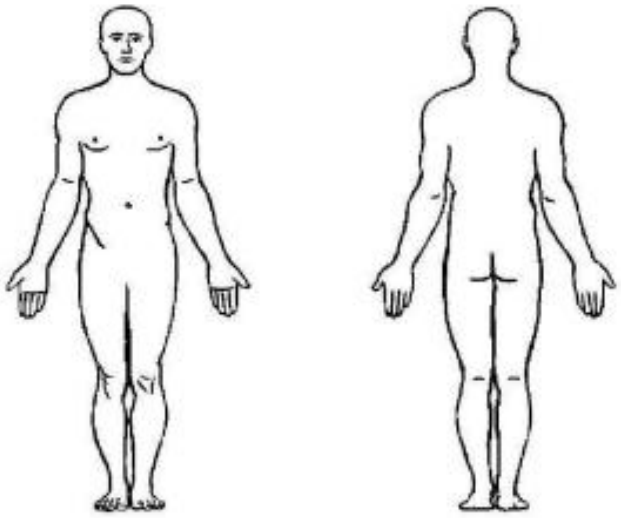
Nombre del paciente:		**Fecha de nacimiento:**	
¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?			
Alergias	☐ Sí ☐ No	Hipertensión arterial	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	VIH	☐ Sí ☐ No
Hepatitis - En caso afirmativo, tipo:	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Problemas respiratorios	☐ Sí ☐ No	Enfermedades/Problemas renales	☐ Sí ☐ No
Enfermedades autoinmunes En caso afirmativo, tipo:	☐ Sí ☐ No	Estimulador de la médula espinal	☐ Sí ☐ No
Coágulos sanguíneos	☐ Sí ☐ No	Problemas de visión	☐ Sí ☐ No
Trastorno intestinal o vesical	☐ Sí ☐ No	Osteoporosis	☐ Sí ☐ No
Cáncer - En caso afirmativo, sitio:	☐ Sí ☐ No	Artritis reumatoide	☐ Sí ☐ No
Cardiopatías	☐ Sí ☐ No	Parkinson	☐ Sí ☐ No
Marcapasos cardíaco	☐ Sí ☐ No	Enfermedad vascular periférica	☐ Sí ☐ No
Actualmente embarazada	☐ Sí ☐ No	Convulsiones	☐ Sí ☐ No
Depresión	☐ Sí ☐ No	Problemas de habla	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Pérdida auditiva	☐ Sí ☐ No
Ictus/AIT	☐ Sí ☐ No	Fracturas	☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántas veces?
Sus síntomas empeoran: ☐ Por la mañana ☐ Por la tarde ☐ Por la noche ☐ Igual todo el día
¿Cómo se está ocupando ahora de los problemas?
Mi dolor/problema es cada vez: ☐ Peor ☐ Mejor ☐ Sigue igual
Mis síntomas me molestan: ☐ Constantemente (100%) ☐ La mayor parte del tiempo (75%) ☐ Ocasionalmente (50%) ☐ De vez en cuando (25%)
¿Tiene entumecimiento, hormigueo o ardor? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, marque una opción: ☐ Constantemente ☐ 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? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, díganos de qué se trata:
¿Cuáles son sus objetivos terapéuticos?

Nombre del paciente: **Fecha de nacimiento:**

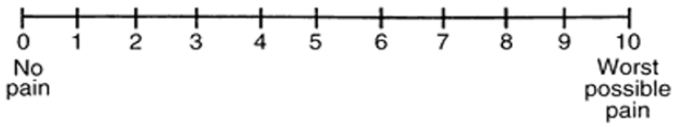
Valoración de los síntomas

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: _____