

Servicios de la rehabilitación en OakBend

Ninguna política del Espectáculo/Cancelación

Servicios de Rehabilitación en OakBend Medical Center se esfuerza por proporcionar a cada paciente una atención personalizada y atención durante su cita. Con el fin de mantener este alto nivel de atención, es muy importante que todos los pacientes acudan a su cita. Si tiene una cita programada, pero no asistió, se tarda una valiosa hora de la cita de otros pacientes que le han dado prioridad a trabajar en favor de sus metas de terapia física.

“Ningún Espectáculo” pierde una cita de la terapia física prevista sin una llamada antes de esa cita para informar Rehabilitation Services en Oakbend. Una “cancelación” anula una cita de la terapia física prevista sin dar el aviso de las 24 horas. “Renegociar” llama 24 horas antes de una cita de la terapia física prevista para cambiar esa cita a un tiempo diferente o día debido a un conflicto.

_____ Si un paciente llega más de 15 minutos tarde a su cita, se les pide que espere hasta que la terapia física personal puede acomodar su tarde llegada o se le puede pedir que re programe su cita.

_____ Si un paciente **“Ningún Espectáculo”** para más de una cita, serán vistos cuando el personal de la terapia físico pueda acomodar su tratamiento sin afectar la calidad de otro paciente del cuidado.

_____ Si un paciente **“Cancela”** cualquiera de las tres citas sin dar 24 horas de aviso, a nuestro personal, se le puede ver cuando la terapia física personal puede acomodar su tratamiento sin afectar a otros pacientes la calidad de la atención.

_____ Después de cualquier tres “Ningún Espectáculo o Cancelaciones” servicios de rehabilitacion en OakBend Medical Center reserva el derecho de descargar al paciente de la terapia física. Nuestro personal informará al médico que se refiere del incumplimiento del paciente con la asistencia a su terapia física prescritida. El paciente debe obtener una nueva prescripción para la terapia física de su médico antes de ser capaz de volver.

Entendemos que las emergencias médicas verdaderas se levantan de vez en cuando cuando una cita no puede ser acudida y el aviso adecuado no es posible. Estas situaciones serán consideradas en un caso por la base del caso.

He leído y entiendo los servicios de rehabilitación de Oakbend Medical Center durante el Ningún Espectáculo, cancelación, y políticas de Replanificación y Procedimientos.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Historia medica del paciente / Informacion Subjetivo

Fecha: / /

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Telefono de casa: (____) _____ Telefono de celular: (____) _____

Diagnos: _____

Medico Primario: _____ Lenguaje Primario: _____

Estilo de aprendizaje preferido: (Por favor circule) Leyedo Auditivo Viendo Haciendo Otro: _____

Ademas del paciente, quien sera envuelto/a con la rehabilitacion y proceso de la educacion? _____

En este momento esta recibiendo servicios de salud en casa? Si No (Favor de circular una)

Como se entero de los servicios de Oakbend Rehab? _____

Historia medica (Por favor, marque todas las que aplican)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> VIH/Sida | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Defecutoso oír/mirar | <input type="checkbox"/> Ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergia al látex |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Control del riñón/vejiga | <input type="checkbox"/> Mareo |

Si es mujer, ahí posibilidad que este embarazada? Si No N/A

Detección de tuberculosis (TB)

Historia reciente de tos persistente? Si No Historia reciente de fiebre persistente? Si No

Historia reciente de sudores nocturnos? Si No Historia reciente de Pérdida de peso inexplicable? Si No

Historia de tratamiento o exposición a TB? Si No

Favor lista todos los medicamentos que está tomando actualmente: _____

Favor lista todas la operaciones que ha tenido: _____

Favor lista cualquier alergias a medicamentos, alimentos o ambiente que tenga: _____

Informacion de Herida/problema

Como y cuando ocurrió le herida o problema? _____

Ha tenido algún tratamiento previo/anterior por esta herida? Rayos X RM TAC Terapia Fisica Inyección

Servicios Quiroprácticos Terapia de masaje Acupuntura Otro: _____

Por favor marque en el imagen abajo donde el dolor o problema esta localizado:

Su dolor es: Constante Intermitente (Favor de circular una)

Califique su dolor usando una escala de 0 – 10:

0 =Ningún dolor , 5 = Dolor interfiere con tareas diarias, 10 = Peor dolor imaginable

Peor dolor desde inicio? _____ Mejor dolor desde inicio? _____

Dolor de hoy? _____

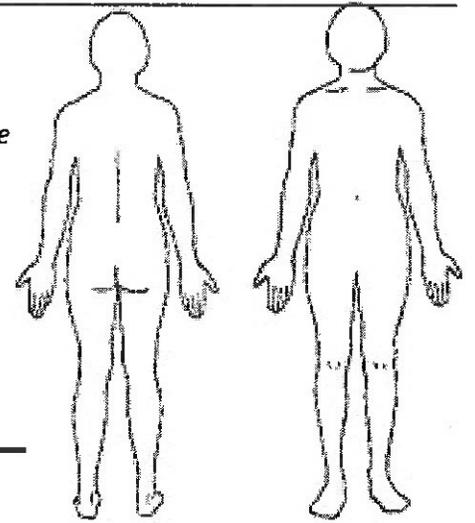
El dolor lo hace despertar por la noche? Si No

Qué posición le ayuda a dormir? _____

Qué hace su dolor/problema mejor? _____

Qué hace su dolor peor? _____

Estás usando calor? Si No Estás usando hielo o frio ? Si No



Comentarios del terapeuta: _____

Las expectativas y metas de la terapia física:

Que problemas esta sufriendo debido a su diagnostico o lesiones?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Que son sus metas de la terapia fisica?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Que espera aprender de la terapia fisica?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Historia de empleo:

Está trabajando actualmente? Yes No Si no, cuantos dias a faltado? _____

Su obligaciones de trabajo: Final de partido Lijero Restricciones especiales Cuantas horas a la semana trabaja? _____

Quien es su empleador? _____

Que tipo de trabajo hace? _____

Qué tareas han sido más afectadas por el problema? _____

Historia de la actividad y ejercicio:

Usted hace ejercicio en casa? Si No Si si, que tipo? _____

Cuántos días a la semana ejercicio o mantenerse activo? _____

Ha participado en un programa de ejercicio prolongado en el pasado? Si No Si si, que tipo y cuanto tiempo? _____

A lo mejor de mi conocimiento y creencia, la información que he dado es completa y verdadera. Por medio de la presente doy mi consentimiento para recibir servicios de terapia en OakBend Medical Center. He recibido una copia del paciente/Cliente Derechos y Responsabilidades Hoja de Información.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Therapists Section:

Identified needs for community resources: Child/Youth Senior Adult Support Groups

Plans to address special learning factors/barriers (as identified): _____

Therapist Signature: _____ Date: _____

