

# VITALITY

Spine & Sports Physical Therapy

BE REJUVENATED!

1Thessalonians 5:23

## PAQUETE DE ADMISION DEL PACIENTE

Por favor, proporciónenos toda su información importante para la facturación Si tiene preguntas, consulte a un administrador para propósitos. Este documento es válido por un año calendario. Informe a Vitality PT si es necesario realizar algún cambio dentro del año calendario. Gracias.

### Información del Paciente

Nombre Del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	
Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a		Nombre Guardián Legal:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa:	Celular:	Teléfono de trabajo:	
E-mail:			

### Información de Empleo del Paciente o Guardián

Nombre del Empleador:	Ocupación:
-----------------------	------------

**Contacto de Emergencia:** Doy mi consentimiento para que Vitality PT comparta cualquier/toda la información personal de salud con mi contacto de emergencia.

Nombre:	Teléfono:	Relación del paciente:
---------	-----------	------------------------

### Información del Seguro de Salud

**Pago Por Cuenta Propia** - No usaré seguro de salud/médico y acepto que esta es mi única oportunidad de que me cobren la tarifa de pago por cuenta propia antes de cada tratamiento:  SI, estoy de acuerdo

Primer Seguro Medico:	Nro.:	Grupo:
-----------------------	-------	--------

Nombre de la persona en el seguro:	Fecha de Nacimiento:	Relación del paciente:
------------------------------------	----------------------	------------------------

Segundo Seguro Medico:	Nro.:	Grupo:
------------------------	-------	--------

Nombre de la persona con el seguro:	Fecha de Nacimiento:	Relación del paciente:
-------------------------------------	----------------------	------------------------

Tercer Seguro Medico:	Nro.:	Grupo:
-----------------------	-------	--------

Nombre de la persona con el seguro:	Fecha de Nacimiento:	Relación del paciente:
-------------------------------------	----------------------	------------------------

¿Has tenido terapia desde el pasado 1 de Octubre para presenta? Física \_\_\_\_\_ Ocupacional \_\_\_\_\_ Lenguaje  Ninguna

¿Recibe actualmente algún tipo de atención Domiciliaria / Terapia Física / Hospicio?  No  Si, Fecha de Inicio:

Nombre del Facilidad:	Teléfono
-----------------------	----------

¿El paciente tiene algún representante legal?  No  Si, Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer la referencia? Amigo/a Vecino/a Esposo/a Doctor Escuela Anuncio

### RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al iniciar, reconozco que he leído (o he tenido la oportunidad de leer) y he entendido el Aviso de prácticas de privacidad. Si se necesita una copia para los registros / revisión, se me proporcionó una copia después de solicitar una de Vitality PT / staff. Entiendo que Vitality Spine and Sports PT puede usar o divulgar mi información personal de salud con el fin de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. \_\_\_\_\_ Inicial

### CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN MÉDICA

Doy mi consentimiento y autorizo a Vitality Spine & Sports Physical Therapy, LLC a divulgar mis registros médicos a los doctores que mencionado a continuación.

Nombre del Doctor:	Teléfono:
--------------------	-----------

Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

Nombre del Doctor:	Teléfono:
--------------------	-----------

Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Doctor of Physical Therapy  
Osteopractor

Rev.04.20.2023

Por favor, proporciónenos TODA la información de su historial de salud. Si no entiende una pregunta, su terapeuta o un administrador le ayudará. Si no relleno este formulario adecuadamente, el paciente no puede / no responsabilizará a VitalityPT debido a cualquier consecuencia / resultado negativo como resultado del tratamiento o la falta de tratamiento.

Patient Name:	DOB:
---------------	------

<b>Sientes:</b> S / N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareo / Vértigo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de equilibrio/Caídas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tieso(a) / Apretado(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Limited fun/life activities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor Agudo / Punzante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hormigueo/Entumecimiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deportes/Trabajo Limitados Otro (Describa abajo):	¿Para qué problema o área del cuerpo está buscando tratamiento? <hr/> Fecha en que notó por primera vez este problema (aproximadamente): <input type="checkbox"/> Desconocido(a) ¿Qué crees que causó este problema? <input type="checkbox"/> Desconocido o Descrito <hr/> ¿Te has operado por este problema? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha de la Cirugía: _____ <hr/> <b>¿Le han diagnosticado lo siguiente?</b> <table style="width:100%"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer / Tumor</td> <td><input type="checkbox"/> Ataque de Corazón</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, or C</td> <td><input type="checkbox"/> Parkinson</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fractura</td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td><input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Osteoporosis</td> <td><input type="checkbox"/> Marcapasos</td> <td><input type="checkbox"/> Tuberculosis</td> <td><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Osteopenia</td> <td><input type="checkbox"/> Enfisema / COPD</td> <td><input type="checkbox"/> Fibromialgia</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno del Sueño</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Osteoartritis</td> <td><input type="checkbox"/> Thrombosis de Vena</td> <td><input type="checkbox"/> Conmoción / Daño Cerebral</td> <td><input type="checkbox"/> Depresión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide</td> <td><input type="checkbox"/> Desmayos</td> <td><input type="checkbox"/> Problema de Equilibrio</td> <td><input type="checkbox"/> Ansiedad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes II or I</td> <td><input type="checkbox"/> Úlceras</td> <td><input type="checkbox"/> Bipolar</td> <td><input type="checkbox"/> Estimulador Cerebral Profundo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problema de Tiroides</td> <td><input type="checkbox"/> Lupus</td> <td><input type="checkbox"/> Autismo</td> <td><input type="checkbox"/> Neuropatía</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alta Presión</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune</td> <td><input type="checkbox"/> Esquizofrenia</td> <td><input type="checkbox"/> Estimulador Nervio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stroke / CVA</td> <td><input type="checkbox"/> Asma o Bronquitis</td> <td><input type="checkbox"/> PTSD</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> TIA</td> <td><input type="checkbox"/> NINGUNA</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Cáncer / Tumor	<input type="checkbox"/> Ataque de Corazón	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, or C	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Osteopenia	<input type="checkbox"/> Enfisema / COPD	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Trastorno del Sueño	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Thrombosis de Vena	<input type="checkbox"/> Conmoción / Daño Cerebral	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Problema de Equilibrio	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Diabetes II or I	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Bipolar	<input type="checkbox"/> Estimulador Cerebral Profundo	<input type="checkbox"/> Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Neuropatía	<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Estimulador Nervio	<input type="checkbox"/> Stroke / CVA	<input type="checkbox"/> Asma o Bronquitis	<input type="checkbox"/> PTSD	<input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica			<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> NINGUNA
<input type="checkbox"/> Cáncer / Tumor	<input type="checkbox"/> Ataque de Corazón	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, or C	<input type="checkbox"/> Parkinson																																										
<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones																																										
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple																																										
<input type="checkbox"/> Osteopenia	<input type="checkbox"/> Enfisema / COPD	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Trastorno del Sueño																																										
<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Thrombosis de Vena	<input type="checkbox"/> Conmoción / Daño Cerebral	<input type="checkbox"/> Depresión																																										
<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Problema de Equilibrio	<input type="checkbox"/> Ansiedad																																										
<input type="checkbox"/> Diabetes II or I	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Bipolar	<input type="checkbox"/> Estimulador Cerebral Profundo																																										
<input type="checkbox"/> Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Neuropatía																																										
<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Estimulador Nervio																																										
<input type="checkbox"/> Stroke / CVA	<input type="checkbox"/> Asma o Bronquitis	<input type="checkbox"/> PTSD	<input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica																																										
		<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> NINGUNA																																										

Por favor, enumere TODOS los medicamentos de venta libre y recetados que está tomando actualmente para Todos los medicamentos médicos:

---

<b>Cualquier Prueba Diagnóstica:</b> <input type="checkbox"/> Rayos-X <input type="checkbox"/> Resonancia (MRI) <input type="checkbox"/> Tomografía (CT Scan) <input type="checkbox"/> Conducción Nervio <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otra: _____	<b>Consumes:</b> <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Otras drogas: _____	<b>Nivel de Estrés Actual:</b> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Usual <input type="checkbox"/> Aumentado(a) <input type="checkbox"/> Otra: _____	<b>Cualquier tratamiento:</b> <input type="checkbox"/> Quiropráctica/DO <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Inyección Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno(a) <input type="checkbox"/> Otra: _____	<b>Objetivos para la terapia:</b> <input type="checkbox"/> Reducir los mareos <input type="checkbox"/> Mejor equilibrio <input type="checkbox"/> Reducir el dolor <input type="checkbox"/> Aumentar el movimiento <input type="checkbox"/> Aumentar la fuerza <input type="checkbox"/> Regreso al trabajo/Deportes <input type="checkbox"/> Mejorar la calidad de vida
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Accidente Vehículo?  No  Si, Fecha: \_\_\_\_\_  Culpable  Sin Culpa

Accidente de trabajo?  No  Si, Fecha: \_\_\_\_\_

¿Estás embarazada?  No  Si, ¿Cuántas semanas estas? \_\_\_\_\_ Semanas

**Todas las cirugías a lo largo de su vida con fechas:**

**NO HAY CIRUGÍAS EN MI VIDA**

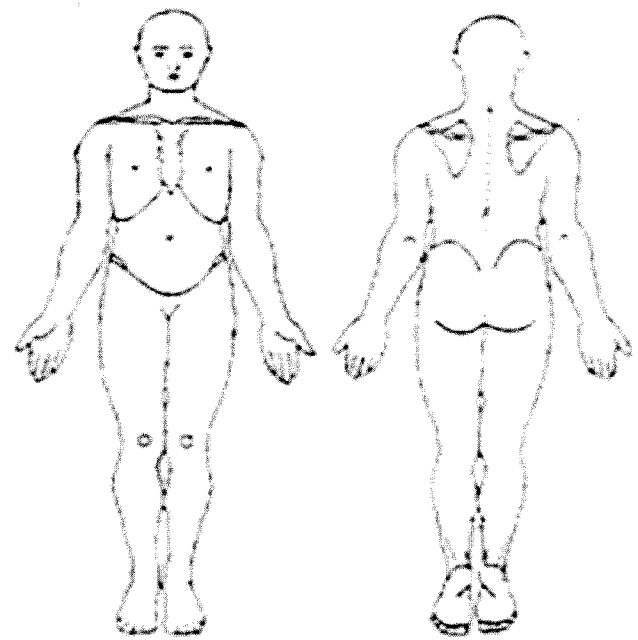
S / N	Descripción	Fecha
<input type="checkbox"/>	Corazón	
<input type="checkbox"/>	Pulmones	
<input type="checkbox"/>	Cabeza / Cerebro	
<input type="checkbox"/>	Cuello	
<input type="checkbox"/>	Vena / Vascular	
<input type="checkbox"/>	Espalda	
<input type="checkbox"/>	Abdominal	
<input type="checkbox"/>	Hombro / Brazo	
<input type="checkbox"/>	Codo	
<input type="checkbox"/>	Muñeca / Mano	
<input type="checkbox"/>	Cadera / Rodilla	
<input type="checkbox"/>	Pierna / Pie / Tobillo	
<input type="checkbox"/>	Cosmética / Plástico	

Otras Cirugías: \_\_\_\_\_

Lista cualquier otro problema de salud que sienta que necesitamos saber:

Ninguno(a) o Describir

*Por favor, Marque/Sombree el área de su problema:*



Firma del Paciente / Guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# VITALITY

Spine & Sports Physical Therapy  
BE REJUVENATED!  
1Thessalonians 5:23

## POLÍTICA DE PAGO / ASSINGNMENT ACUERDO DE PAGO

Confirmando que toda la información en las páginas anteriores de mi Vitality Spine & Sports Physical Therapy (aka Vitality PT) Paquete de admisión esta correcta lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que yo y/o mi dependiente, para quienes soy totalmente legalmente responsable, tenemos seguro médico que figura en el paquete de admisión Vitality PT y asigno directamente a Vitality PT todos los pagos de beneficios de seguro para todos los servicios de terapia física prestados.

Acepto notificar a Vitality PT cualquier cambio en mi seguro médico y / o cualquier información proporcionada. Entiendo que soy totalmente responsable legalmente de todos los cargos incurridos durante el tratamiento de terapia física, ya sea pagado o no pagado por mi seguro médico. Autorizo el uso de mi firma en todos los formularios de seguro médico / información de salud con el propósito de coleccionar los pagos, información de seguro y registros médicos / transferencia de información a otros proveedores de atención médica y entidades legales / gubernamentales. Vitality PT presentará todos los reclamos a los pacientes que tengan seguro de salud y hará una copia de una tarjeta de identificación y seguro médico para asegurar que Vitality PT envíe los reclamos a la dirección correcta. Entiendo que es posible que no reciba una cuenta durante los meses posteriores a la prestación de mi tratamiento. No hay reembolsos o cambios en los suministros y / o servicios de pago por cuenta propia (todas las ventas son finales). No hay reembolsos por el tratamiento prestado con la excepción del pago en exceso de copago, coaseguro o deducible. Todos los cheques deben ser pagaderos a Vitality PT. Se aplicará un cargo de \$ 25.00 a los pacientes si se devuelve el cheque. He leído y entiendo toda la información proporcionada anteriormente. También entiendo que, en última instancia, soy responsable del equilibrio de los servicios profesionales prestados. Entiendo que soy responsable de todos / cualquiera de mis copagos / coaseguros, que vencen al momento del tratamiento, y cualquier deducible aplicable que no se haya satisfecho durante el año. Vitality PT está obligado por ley a facturarle a usted y a su seguro médico según las pautas de su seguro. Entiendo que, si no pago mi saldo en su totalidad, mi cuenta se enviará al Agente de cobro de facturas y se le cobrará un 33% adicional sobre mi saldo. Es mi responsabilidad, como paciente o representante legal del paciente, conocer mi plan individual de beneficios de terapia física. También es mi responsabilidad que, si tengo alguna pregunta sobre mis beneficios, me pondré en contacto con mi compañía de seguros médico para aclarar / explicar los beneficios. Vitality PT no es responsable de explicar sus beneficios de terapia física. Los contratos / pautas de su compañía de seguros médico con Vitality PT reemplazan cualquier compromiso verbal, promesas y explicaciones de su factura y pago totales por parte de Vitality PT, el personal y / todos los representantes.

\_\_\_\_\_  
Imprimir el Nombre del Paciente / Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## MI COMPROMISO CON EL TRATAMIENTO EFECTIVO

**En Vitality Spine & Sports P.T., tomamos su tiempo y tratamiento en serio. Por favor, lea e INICIAL debajo.**

Yo entiendo que para la terapia física es importante usar ropa y zapatos cómodos que sean apropiados para hacer ejercicio. \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que es importante para la progresión de mi tratamiento que asista a todas mis citas a tiempo para la duración total del tratamiento que promedia de 1 hora a 1 hora y 15 minutos. \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que cualquier cita perdida sin aviso apropiado se define como cancelada. La cita sin aviso apropiado al fin del día estará sujeta a una tarifa de \$25.00 y se espera que pague. \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que su tiempo y tratamiento son importantes para nosotros. Para tener éxito con la terapia física, debo ir a tratamiento regularmente y a tiempo. Si no me presento y / o cancelo por al menos 2 citas con aviso inadecuado sin una excusa válida, entonces Vitality PT comenzará a usar la política de programación del "mismo día". La programación en el mismo día se define como ir a terapia física el mismo día que programo mi cita y, por lo tanto, solo puedo programar 1 visita a la vez. Además, si no me presento a 2 citas, se considerará que soy dado de alta de manera administrativa y será devuelto a mi proveedor / médico de referencia. Solo después de esto, puedo reiniciar PT con una nueva referencia / prescripción válida para PT y comenzaré la programación del "mismo día". \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que mi seguro médico (incluso compensación de trabajadores, abogado, MVA) no cubre la tarifa de cancelación. \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que seré personalmente responsable de mi propia atención y mi tratamiento, que es mi responsabilidad, por lo tanto, la reprogramación / cancelación de terceros (cónyuge / asistencia personal) no es aceptable para realizar ninguna modificación en el cronograma, con excepción de los padres / tutores legales o Poder legal. \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que mi compañía de seguros médico no cubre y no es responsable del pago de ninguno / todos los productos y / o suministros de terapia domiciliaria como parte de mi tratamiento. Por lo tanto, soy totalmente responsable del pago total de todos los productos y suministros de Vitality PT. (Esto incluye agujas y almohadillas de estimulación eléctrica). \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que el uso de la instalación de Vitality PT para cualquier propósito de cualquier manera es bajo mi propio riesgo y responsabilidad. \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que Vitality PT se reserva el derecho de despedirme en cualquier momento y rechazar el servicio a cualquier persona. \_\_\_\_\_ Inicial

Yo entiendo que, si tengo 15 minutos o más tarde de mi cita sin una llamada telefónica / comunicación previa, Vitality PT se reserva el derecho de considerar mi visita como NO SHOW o CANCELACIÓN con un aviso inadecuado y estará sujeto a pagar \$25.00. \_\_\_\_\_ Inicial

# VITALITY

Spine & Sports Physical Therapy  
BE REJUVENATED!  
1Thessalonians 5:23

## CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PLAN DE CUIDADO

Lea antes de la evaluación inicial y firme DESPUÉS de ser evaluado.

Yo (o mi padre / representante legal), \_\_\_\_\_ por la presente reconoce  
(Imprimir el Nombre del Paciente)

la necesidad y el consentimiento para / solicitar la realización de fisioterapia incluyendo varios modos de modalidades, terapia manual (tratamiento práctico) y ejercicios, en mí (o en el paciente mencionado a continuación, de quien soy legalmente responsable) por el fisioterapeuta nombrado a continuación y / u otros fisioterapeutas / asistentes autorizados, y cualquier técnico que ahora o en el futuro trabaje en Vitality Physical Therapy o en la oficina mencionada a continuación o cualquier otra oficina o clínica asociada.

He tenido la oportunidad de discutir con el fisioterapeuta la naturaleza y el propósito de los procedimientos de terapia física, teorías, educación sobre diagnóstico médico / fisioterapia y expectativas en terapia física. Me ha quedado claro que existen algunos riesgos para el tratamiento, que incluyen, entre otros, dolor, lesiones de tejidos blandos / nervios, parálisis, fracturas, derrames cerebrales o la muerte. Espero que el fisioterapeuta / asistente ejerza su juicio durante el curso del procedimiento que el fisioterapeuta / asistente siente en ese momento, basado en los hechos conocidos por él o ella, es lo mejor para mí.

Entiendo lo que se requiere de mí o del paciente del que soy responsable para ver los resultados de mi salud física en Vitality PT. Como paciente / guardián legal, entiendo que debo llegar a tiempo a mis citas y comunicar cualquier cambio en la hora de mi cita. También entiendo que el tratamiento típico es de 2-3 veces por semana durante 4-8 semanas. Si esto es una preocupación, lo discutiré con el fisioterapeuta para ajustar el plan de atención. Entiendo que la frecuencia y la duración de mi tratamiento dependen de lo que recomiende el médico / terapeuta para el plan de atención y la naturaleza de su afección. Me comunicaré con el terapeuta tratante cuando haya cambios significativos en mi plan de atención que incluyen un empeoramiento sustancial de mi condición, cambios en mi salud / medicamentos, mejoría en mi condición y preparación para la progresión / alta. Entiendo que, si no comunico estas cosas con mi terapeuta, entiendo que mi progreso puede ser significativamente limitado.

He leído o me han leído el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido, y al firmar a continuación, acepto los procedimientos mencionados anteriormente. Tengo la intención de que este formulario de consentimiento cubra todo el curso de tratamiento para mi afección actual. Entiendo que ninguno / todos los resultados / resultados de la fisioterapia no están garantizados.

Firma Del Paciente / Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma Del Fisioterapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

VITALITY Spine & Sports Physical Therapy, LLC  
15920 S Rancho Sahuarita Blvd. Suite 160  
Sahuarita, AZ 85629  
P: (520) 867-8064 F: (520)867-8063  
www.vitalityaz.com