

Centro de Rehabilitación La Asunción, I.A.P.

Fecha: _____

Nombre del beneficiario: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____

Empresa donde labora: _____

Jubilado o pensionado de: _____

Dirección particular:

Teléfono de casa _____ celular _____

Diagnóstico: _____

Fam. Responsable : _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____

Tel. en caso de emergencia: _____

Empresa donde labora: _____

Nombre del médico familiar: _____

Referido por: _____

Centro de Rehabilitación La Asunción, I.A.P.

Fecha de ingreso al Centro _____ Días de terapia: _____

Terapias a las que asistirá:

Terapia Física () Terapia Ocupacional () Est. Temprana ()
Psicología () Terapia de Lenguaje () Hidroterapia ()
Otra: _____

Servicio médico con que cuenta:

IMSS() ISSSTE () DIF () seguro popular () particular ()

Número de afiliación: _____

Nombre del médico: _____

Medicamentos que toma: _____

Camina: si () no ()

Requiere de algún aditamento para caminar: si () no ()

Silla de ruedas () muletas () andadera () carreola ()

Bastón () ayuda de otra persona () otro: _____

Habla: si () no ()

Utiliza alguna forma física para comunicarse: si () no ()

Cual: expresión corporal () expresión facial () señas ()

Lenguaje manual ()

Necesita de algún aditamento para comunicarse: si () no ()

Tablero () máquina de escribir () Hoja y lápiz () CPU()

Comprende lo que usted dice: si () no ()

Otros: _____

Sigue instrucciones: _____

Estudio Socioeconómico

Fecha: _____

AP. NP.

Casa: agua potable _____ luz _____ drenaje _____ fosa séptica _____

Letrina _____ material de piso _____ ras de suelo _____

No. Habitaciones _____ No. de personas con las que cohabita _____

Tienes automóvil: si _____ marca _____ modelo _____ No _____

Ingreso mensual

Pensión: _____

Incapacidad: _____

Hijos: _____

Otros: _____

Total: _____

Egresos mensuales

Alimentación: _____

Gas: _____

Luz: _____

Agua: _____

Renta: _____

Transporte: _____

Educación: _____

Vestido: _____

Teléfono: _____

Otros: _____

Total: _____

Cuota por terapia: \$ _____

1. Introducción

Un procedimiento de fisioterapia y rehabilitación es un tratamiento no invasivo dirigido a personas con padecimientos o con alguna discapacidad temporal o permanente del sistema musculo esquelético.

Puede ser de tipo programado, de paciente hospitalizado, ambulatorio, o bien de urgencia, de corta o larga duración e involucrar a uno o varios sitios anatómicos, del cual se atenderá al de mayor importancia, en un lapso de 30 a 45 minutos de tratamiento.

2. Objetivo del Tratamiento

Evaluar, impedir, corregir, aliviar y limitar o disminuir la capacidad física, alteración del movimiento, funcionalidad y postura, así como el dolor que se derive de los desórdenes congénitos y de las condiciones del envejecimiento, lesiones o enfermedades.

3. Beneficios del Tratamiento

Dependiendo del problema músculo esquelético y lo oportuno de su realización, se puede obtener la recuperación de la funcionalidad producida por la lesión, así como disminución o eliminación del dolor.

4. Riesgos del Tratamiento

Dependen del sitio anatómico, de la magnitud de incapacidad física y el tipo de tratamiento. Los riesgos que puede presentar son: irritación dérmica, hematomas, recuperación parcial de la movilidad muscular, inflamación en la lesión de origen, o bien, dolor durante el tratamiento y/o después del mismo, el cual en algunas ocasiones está enfocado a recuperar la movilidad, fuerza y sensibilidad.

5. Opciones Alternativas

Dependiendo del problema musculo esquelético, su médico tratante/fisioterapeuta le explicará las opciones con las que cuenta. Usted puede elegir no aceptar que se realice el tratamiento o bien a buscar una segunda opinión, sin embargo, deberá estar consciente de los riesgos que conlleva postergar la decisión, de acuerdo a la terapia que usted tenga y/o requiera, y las recomendaciones de su medica tratante/fisioterapeuta.

6. Asistencias

Su asistencia a sus terapias es de importante, sin embargo; si en algún momento determinado no puede acudir a la sesión programado en los días asignados por el terapeuta, se le pide llamar por teléfono o bien avisar con anticipación sobre su ausencia para justificar su falta, ya que en caso de no hacerlo al contar con 3 faltas sin justificar se dará de baja del área.

En caso de tener constantes inasistencia sin justificar o incluso tener varias faltas justificadas de manera administrativa, se tomara la decisión de reducir días de sesiones, dando así oportunidad a otros pacientes de incorporarse a los horarios que se van despejando.

7. Privacidad y Confidencialidad

El Centro de Rehabilitación La Asunción, I.A.P.; manifiesta el respeto a la privacidad de sus datos y ratifican su compromiso para mantener la confidencialidad de la información que usted le proporciona. En caso de utilizar información médica, de laboratorio o de imagen con fines educativos o de investigación, queda estrictamente prohibido mencionar la identidad del paciente con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los mismos.

Nombre del entrevistador _____ Firma _____

Tequisquiapan, Qro., a _____ de _____ de _____

Centro de Rehabilitación La Asunción, I.A.P.

Carta de Consentimiento Informado

Declaro que he sido informado plenamente sobre los beneficios, riesgos y las posibles complicaciones de mi tratamiento que se han descrito y que me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

Así mismo, he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes a los procedimientos, los cuales me han sido contestadas satisfactoriamente; por lo que autorizo al personal del Centro de Rehabilitación La Asunción, I.A.P., del área de: _____ para dar inicio a mi tratamiento,

Estoy consciente de haber aclarado mis dudas referentes al diagnóstico, pronóstico y evolución de mi cuadro clínico. Manifiesto que conozco que existe un margen de riesgo de que se presenten accidentes o complicaciones derivados de las características físicas y de conducta, propias de la discapacidad que presento. Deslindo a esta Institución y a su personal de cualquier situación legal.

Acepto y autorizo a los terapeutas para que me apliquen el tratamiento o medidas terapéuticas que mi rehabilitación requiera.

Acepto y autorizo que se filme o fotografíe el área anatómica tratada en el curso de este procedimiento, resguardando mi identidad. Quedo por entendido de que en todo momento habrá de mediar una comunicación expedita y una relación respetuosa con mi terapeuta a quien voluntariamente he acudido en busca de ayuda profesional.

En caso de que yo paciente _____ decidiera acudir a otra Institución, servicio, terapeuta o persona de la salud a tratarme en dos servicios informare a mi terapeuta a cargo, para hacerle de su conocimiento de mi decisión, por lo que esto me hace acreedor a darme de baja mientras mi otro tratamiento termina, y en caso de que mi intención sea retomar el servicio de esta institución, volveré a realizar el procedimiento de ingreso.

Tequisquiapan, Qro., a _____ de _____ del _____

Nombre y firma del beneficiarios

