



# ProHealth & Fitness PT OT – Physical and Occupational Therapy

James Nussbaum, PT, PhD, SCS, EMT, Clinical/Research Director

150 West End Avenue #1M New York, New York 10023-4319

1041 Third Avenue 2<sup>nd</sup> Fl. New York, New York 10065-8114

391 East 149<sup>th</sup> Street #216 Bronx, New York 10455-3907

4915 Broadway #1F New York, New York 10034-3120

T: 212.600.4781 F: 800.655.3780

www.ProHealthPTOT.com

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

**DATE OF INITIAL SESSION:** \_\_\_\_\_

**APOS ID #:** \_\_\_\_\_

Me evaluaron detalladamente me ajustaron y calibraron los zapatos APOS específicamente para mí y mis problemas:

- Recibí las instrucciones, las comprendí y seguiré las indicaciones.
- He recibido las precauciones y contraindicaciones y las seguiré.
- Entiendo que mi médico deberá firmar una receta para la autorización.
- Entiendo que los zapatos me serán enviados por correo desde el almacén APOS\*
- \* Tengo que esperar por la autorización del seguro si aún no la han recibido.
- Entiendo que debo participar en 5 citas de seguimiento.
- Entiendo que necesito venir a la clínica para mis citas de seguimiento.
- Entiendo que mi proveedor/consultorio me llamará para programar mi cita de seguimiento
- \* Si mi número cambia, avisaré a la clínica del nuevo número
- Para cualquier problema o duda con mis zapatos APOS, es mi responsabilidad llamar de inmediato

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

**PROVIDER:** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**OTHER:** \_\_\_\_\_

**SUPERVISING PROVIDER:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:**

Administrative staff: \_\_\_\_\_ Adm signature: \_\_\_\_\_