



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
*Apellido Sufijo Nombre Inicial del segundo nombre*

Dirección postal fija: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
*Si es diferente de la dirección postal*

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia:  Hispano  No hispano Idioma: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Identidad de género:  De género femenino a masculino/  
Hombre transgénero  De género masculino a femenino/  
Mujer transgénero  Género no binario/  
Género queer  Otro

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ Ubicación de la farmacia: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Dejar en blanco si no aplica*

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico/centro que deriva al paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad de residencia del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Ciudad de donde se deriva al paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono de quien deriva al paciente: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

¿Esta visita se debe a alguno de los siguientes motivos?  Seguro de accidente laboral  Seguro de responsabilidad civil  
 Seguro de automóvil Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros primaria:** \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_  
Si el paciente no es el afiliado, complete lo siguiente.

Nombre y apellido del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado: \_\_\_\_\_

Sexo del afiliado: M F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono del empleador del afiliado: \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros secundaria:** \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_  
Si el paciente no es el afiliado, complete lo siguiente.

Nombre y apellido del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado: \_\_\_\_\_

Sexo del afiliado: M F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono del empleador del afiliado: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR *Si el paciente es menor de edad.*

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_  
*Apellido Sufijo Nombre Inicial del segundo nombre*

Dirección postal del padre: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del padre: \_\_\_\_\_

Empleador del padre: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_  
*Apellido Sufijo Nombre Inicial del segundo nombre*

Dirección postal de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la madre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social de la madre: \_\_\_\_\_

Empleador de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Have you been a patient here before?  Y  N If yes, for  the same or  a different problem?

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Therapy evaluations will be copied to your PCP (Do not send)

Have you had any other therapy this calendar year?  Y  N If yes, for:  Physical  Occupational  Speech

For what body region(s) are you seeking treatment? (Please circle)  Neck  Mid-Back  Lower  
 Shoulder  Elbow  Hand  Wrist  Hip  Knee  Ankle  Foot  Other: \_\_\_\_\_

When did your symptoms start? \_\_\_\_\_ Can you identify a cause for your symptoms:  Y  N

If related to an injury, what kind? (Please circle)  Auto  Work  Athletic  Liability  Other: \_\_\_\_\_

Have you retained an attorney as a result of this injury?  Y  N If yes, name: \_\_\_\_\_

If this is a work injury, employer name: \_\_\_\_\_

Have you had surgery related to this diagnosis?  Y  N If yes, when? \_\_\_\_\_

Check your *AVERAGE* level of pain:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
No pain Emergency Room

Does your pain move/radiate anywhere?  Y  N If yes, where? \_\_\_\_\_

Have you had any changes in your bowel/bladder/sexual function due to these symptoms?  Y  N

Have you ever had an allergic reaction to:  Latex  Band-Aids  Cortisone  Gel  Lotion  Beeswax

Have you fallen in the last year?  Y  N How many times? \_\_\_\_\_ Did you get hurt?  Y  N

Do you live alone?  Y  N Do you have a friend/family member to help you if needed?  Y  N

Do you smoke/use tobacco products?  Y  N Is there a chance you could be pregnant?  Y  N

Please list all medications you are currently taking, including prescription, over the counter, & supplements:

*Use back of this page if necessary. If you have a written list with you, our receptionist can make a copy for you.*

| Medication Name | Dosage/Frequency | Reason for Taking |
|-----------------|------------------|-------------------|
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |
|                 |                  |                   |

Please list any relevant surgeries, including when they were performed (month and/or year):

---



---



---

Is your general health (please check one):     Excellent     Good     Fair     Poor     Very Poor

What other medical problems do you or have you had?

|  |                                    |  |                                   |  |
|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure     | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis  | <input type="checkbox"/> Stroke   | <input type="checkbox"/> Heart Disease   |
| <input type="checkbox"/> Depression/Anxiety      | <input type="checkbox"/> Cancer    | <input type="checkbox"/> Rheumatoid      | <input type="checkbox"/> Heart    | <input type="checkbox"/> Lung Problems   |
| <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease     | <input type="checkbox"/> Asthma    | <input type="checkbox"/> Kidney Failure  | <input type="checkbox"/> Gout     | <input type="checkbox"/> Blood Clots     |
| <input type="checkbox"/> Osteopenia/Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Seizures  | <input type="checkbox"/> Hard of Hearing | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Hard of Hearing |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's/Dementia    | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Other:          |                                   |  |

**AUTHORIZATION STATEMENT**

I authorize and consent to treatment at Lafayette Rehabilitation Services (LRS).

I authorize release of my medical records to my physician, insurance company, employer, rehab nurse, and any other party that may have an interest in payment of my rehabilitation.

I acknowledge that I have access to a copy of LRS's notice of privacy practices that describes my rights and LRS's duties with respect to my protected health information.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Guarantor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Therapist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**UNITY HEALTHCARE, LLC**  
**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN**

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:** Solicito y doy mi consentimiento para que el profesional de la salud de Unity Healthcare, LLC ("Unity") proporcione y lleve a cabo la atención médica o intervención quirúrgica, el tratamiento, las pruebas, los procedimientos, los medicamentos y cualquier otro servicio y suministro que, según su criterio profesional, considere necesario o beneficioso. Reconozco que no se me ha proporcionado ni he asumido ninguna promesa o garantía en cuanto al resultado o la cura.

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad de Unity y comprendo que mi información médica protegida ("PHI") puede ser utilizada por Unity según se describe en dicho Aviso.

**DIVULGACIÓN DE LA PROPIEDAD:** Reconozco que Unity y, de forma indirecta, los médicos de Unity, tienen una participación accionaria en Unity Surgical Center ("USC") y en InnerVision Advanced Medical Imaging Center ("InnerVision"). Entiendo que soy libre de elegir qué centro utilizar para recibir servicios de atención médica, y que ni Unity ni mi médico deben discriminarme en cuanto a la atención que recibiré si decido usar un centro que no sea USC ni InnerVision.

**CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE PRESTACIONES DEL SEGURO:** Autorizo a Unity y al profesional de la salud a dar información de mi expediente médico a mi(s) compañía(s) de seguros, organismo gubernamental o a mi empleador en caso de lesiones o servicios relacionados con el trabajo, con el fin de tramitar las solicitudes de reclamaciones médicas o de indemnización por accidente laboral, y hago constar mi firma en dichas solicitudes. Solicito que mi(s) compañía(s) de seguros acepte(n) las prestaciones aprobadas del seguro aplicables a los servicios y las pague(n) directamente al profesional de la salud en mi nombre.

**ACUERDO FINANCIERO:** Comprendo y acepto todo lo siguiente:

- a. Todas las cuentas son plena responsabilidad del paciente o del garante de la parte responsable del paciente.
- b. No se aceptan pagos condicionales, y los planes de pago se aplicarán a los montos adeudados.
- c. Unity me ayudará a obtener beneficios del seguro cuando dichos beneficios se asignen a mi profesional de la salud o al profesional del paciente. He proporcionado toda la información relacionada con el seguro médico principal y secundario de mi persona/del paciente, según corresponde.
- d. Soy responsable de que los pagos del seguro se tramiten y paguen con puntualidad al profesional de la salud. También debo proporcionar el pago oportuno de cualquier monto adeudado a Unity que se considere "responsabilidad del paciente" según el contrato de mi seguro (para aquellos responsables de los pagos para los que Unity es un proveedor participante o "de la red"). De lo contrario, soy responsable del pago si mi seguro no cubre dichos servicios o si Unity es un proveedor no participante o "fuera de la red".
- e. En el caso de un pago predeterminado, prometo pagar los intereses legales sobre el saldo adeudado, junto con los costos de cobro y los honorarios razonables de abogados generados para efectuar el cobro de esta cuenta o de futuras cuentas pendientes. Acepto que los honorarios razonables de abogados se interpreten como el 40 % del saldo adeudado al momento en el que la cuenta se envía a un abogado o a una agencia de cobranza para su cobro, o \$300.00, el valor que sea más alto.
- f. El condado de Tippecanoe, Indiana, será el lugar de preferencia para cualquier acción judicial relacionada con este acuerdo financiero, y acepto renunciar a mi derecho de un juicio con jurado.
- g. Este acuerdo financiero se celebra de manera individual y en carácter de agente autorizado de mi cónyuge, si corresponde. Este acuerdo financiero puede ser asignado por Unity a un abogado que compre cuentas morosas de Unity, y sus términos seguirán siendo vinculantes.
- h. Los turnos que no se cancelen con una antelación mínima de veinticuatro (24) horas o a los que no se acuda por cualquier otro motivo podrán ser objeto de un recargo que, por lo general, el seguro no cubre. Estos recargos correrán por mi cuenta.
- i. Unity Immediate Care (UICC) no es un proveedor participante en el programa de Medicaid de Indiana. Por lo tanto, cualquier servicio médico o servicio relacionado que preste UICC no estará cubierto ni será pagado por el programa de Medicaid.

**OTROS PROVEEDORES:** Entiendo que, además del médico que me atiende, otros profesionales de la salud, como radiólogos y patólogos, y otros proveedores, como laboratorios y otros profesionales médicos, pueden estar involucrados en mi atención y pueden facturarme sus servicios de forma independiente.

**LEYES Y JURISDICCIÓN DE INDIANA:** Entiendo que me están brindando tratamiento en el estado de Indiana y acepto que, si tuviera algún reclamo en relación con mi atención o tratamiento, este se determinará de conformidad con las leyes de Indiana, y dicha acción se presentará y decidirá en un tribunal del estado de Indiana.

**PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN:** Unity cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo o identidad de género.

**CERTIFICACIÓN PREVIA:** (SI CORRESPONDE) Certifico que la información proporcionada por mí o por Unity en mi nombre para solicitar el pago en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo al profesional de la salud que me atienda a divulgar información de mi expediente médico a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), o a un programa de Medicare, a sus intermediarios o compañías de seguros, o a las organizaciones de revisión de estándares profesionales, con el propósito de procesar las reclamaciones de beneficios médicos, y a declarar en dichas reclamaciones que mi firma está registrada. Solicito que el pago de dichos beneficios autorizados se efectúe directamente a Unity o a mi médico tratante en mi nombre.

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones antes de firmar este formulario. Al poner sus iniciales, indica que ha leído, comprendido y aceptado cada declaración.

\_\_\_\_\_ **CONTACTO AUTOMATIZADO:** Autorizo a Unity y a sus filiales y agentes a utilizar mensajes automatizados para ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico y los números de teléfono que he facilitado. Estos mensajes me proporcionarán información sobre *turnos, cierres del centro, servicios de salud o sobre mi cuenta*. El contacto puede ser por medio de mensajes de texto, llamadas automatizadas (ya sea por teléfono celular o fijo) o correos electrónicos, y se enviarán al número o correo electrónico facilitado a cualquier profesional de la salud de Unity. Si soy paciente de varios profesionales de la salud de Unity, es posible que reciba varios mensajes sobre turnos y servicios de cada consultorio. Entiendo que tengo derecho a darme de baja de cualquiera de estos medios de contacto en cualquier momento, ya sea mediante una cláusula de baja incluida en el mismo mensaje, o bien comunicándome con un representante de Unity. Cualquier solicitud de baja realizada a un profesional de la salud de Unity supondrá la cancelación de ese método de contacto para TODOS los profesionales de la salud de Unity Healthcare, LLC. Entiendo que más adelante puedo contactar a un representante de Unity para solicitar volver a recibir mensajes automatizados.

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS:** Es posible que el profesional de la salud me pida fotos. Doy mi consentimiento para que el profesional de la salud o el personal autorizado me tomen fotografías **si es necesario**, y autorizo el uso de fotografías con fines de identificación, expedientes médicos, educación, y para conferencias.

Con mi firma reconozco y acepto que he leído y comprendido el consentimiento, los avisos, la política de divulgación y demás información facilitada.

Nombre del paciente en imprenta: \_\_\_\_\_ Firma del paciente/padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**UNITY HEALTHCARE, LLC**  
**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SEGÚN LA HIPAA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Debido a las normas y reglamentaciones de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), no tenemos permitido hablar sobre su información médica con nadie, ni siquiera con su familia, sin su consentimiento o salvo que se aplique una excepción a la norma (p. ej., charlas entre proveedores relacionadas con su tratamiento o para cobrar el pago).

Si quiere dar su autorización para que nos comuniquemos con alguna persona, complete lo siguiente. Puede cambiar de opinión más adelante.

Indique las personas (que no sean proveedores) con las que podemos hablar sobre a su atención:

| Nombre:  | Relación: | Teléfono: |
|----------|-----------|-----------|
| 1. _____ | _____     | _____     |
| 2. _____ | _____     | _____     |
| 3. _____ | _____     | _____     |

Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el documento original. **Esta Divulgación de información permanecerá en vigencia hasta que el paciente la rescinda por escrito.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor califica las actividades en cada categoría según la siguiente escala de dificultad:

Dibujar un círculo alrededor de solo UN NÚMERO para cada actividad

|                |   | 0 = No | 1 = Leve | 2 = Moderado | 3 = Muy/Muchc | 4 = Extremadamente |
|----------------|---|--------|----------|--------------|---------------|--------------------|
| Dolor          | 1. Para caminar                           |        |          |              |               |                    |
|                | 2. Subir escaleras                        |        |          |              |               |                    |
|                | 3. Nocturno/por la noche                  |        |          |              |               |                    |
|                | 4. Descansar                              |        |          |              |               |                    |
|                | 5. Soportar el peso del cuerpo            |        |          |              |               |                    |
| Rigidez        | 1. Por la mañana                          |        |          |              |               |                    |
|                | 2. Que ocurre más tarde en el día         |        |          |              |               |                    |
| Función física | 1. Descendiendo/bajando escaleras         |        |          |              |               |                    |
|                | 2. Ascendiendo/subiendo escaleras         |        |          |              |               |                    |
|                | 3. Pararse después de estar sentado       |        |          |              |               |                    |
|                | 4. Estar de pie/estar parado              |        |          |              |               |                    |
|                | 5. Doblarse para tocar el piso            |        |          |              |               |                    |
|                | 6. Caminar sobre una superficie plana     |        |          |              |               |                    |
|                | 7. Entrando/saliendo del carro/coche      |        |          |              |               |                    |
|                | 8. Ir de compras                          |        |          |              |               |                    |
|                | 9. Ponerse los calcetines o las medias    |        |          |              |               |                    |
|                | 10. Acostarse en la cama                  |        |          |              |               |                    |
|                | 11. Quitarse los calcetines o la medias   |        |          |              |               |                    |
|                | 12. Levantarse de la cama                 |        |          |              |               |                    |
|                | 13. Entrando/saliendo de la bañera o tina |        |          |              |               |                    |
|                | 14. Estar sentado                         |        |          |              |               |                    |
|                | 15. Pararse del/sentarse en el inodoro    |        |          |              |               |                    |
|                | 16. Tareas domésticas pesadas             |        |          |              |               |                    |
|                | 17. Tareas domésticas ligeras             |        |          |              |               |                    |

Total score: \_\_\_\_\_ / 96 = \_\_\_\_\_ %

Comentarios/Interpretación (hecho por terapeuta solamente):