

Formulario de antecedentes de tratamiento conservador (manejo del dolor)

El tratamiento conservador proporciona un valor clínico significativo a los pacientes que experimentan problemas en la columna vertebral. Por lo tanto, la documentación adecuada de los esfuerzos recientes en la atención conservadora es fundamental para establecer la necesidad de un tratamiento o procedimientos adicionales.

IMPORTANTE: Escriba a máquina o en letra de imprenta de manera CLARA. Una vez completado y certificado, cargue este documento mediante RadMD. El procesamiento puede demorarse si la información enviada es ilegible o incompleta.

Fecha de hoy:	Nombre del paciente:
Número de seguimiento:	Fecha de nacimiento:
Preguntas clínicas:	
¿Cuánto tiempo ha tenido el paciente estos síntomas?	
Tratamientos conservadores probados para el problema:	
¿Ha recibido el paciente fisioterapia en los últimos 6 meses?	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta a <i>fisioterapia</i> es sí, complete esta sección.	
Fecha de inicio de la fisioterapia: _____ Fecha de la última sesión: _____	
Número de sesiones completadas: _____ Región del cuerpo tratada: _____	
¿Cómo se sintió el paciente después/durante la intervención terapéutica? <input type="checkbox"/> MEJOR <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> PEOR	
¿Hay alguna razón médica por la que el paciente no pudo continuar con la terapia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Ha realizado el paciente un programa de ejercicios en el hogar dirigido por el médico (Home Exercise Program - HEP) en los últimos 6 meses?	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es sí al <i>programa de ejercicios en el hogar dirigidos por el médico</i> , complete esta sección.	
Tipo de ejercicios: _____ Región del cuerpo tratada: _____	
Fecha en la que el paciente comenzó el programa de ejercicios en el hogar: _____	
Fecha de la última sesión: _____	
Frecuencia y duración de los ejercicios realizados (cuántas veces por semana y durante cuánto tiempo): _____	
¿Cómo se sintió el paciente después/durante los ejercicios en el hogar? <input type="checkbox"/> MEJOR <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> PEOR	
¿Hay alguna razón médica por la que el paciente no pudo continuar con su HEP? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Ha recibido el paciente atención quiropráctica en los últimos 6 meses?	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es sí a <i>la atención quiropráctica</i> , complete esta sección.	
Fecha de inicio del tratamiento quiropráctico: _____ Fecha de la última sesión: _____	
Número de sesiones completadas: _____ Región del cuerpo tratada: _____	
¿Cómo se sintió el paciente después/durante el tratamiento? <input type="checkbox"/> MEJOR <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> PEOR	
¿Existe alguna razón médica por la que el paciente no pudo continuar con la atención quiropráctica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Ha recibido el paciente una inyección previa en esta región de la columna vertebral?	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Si la respuesta es sí a la *inyección previa*, complete esta sección.

¿Está el paciente involucrado activamente en el tratamiento conservador en curso desde la última inyección? SÍ NO

Tipo de tratamiento activo conservador: FISIOTERAPIA HEP QUIROPRÁCTICO

Al hacer esta presentación, doy fe, ya sea como proveedor solicitante o como autorizado por el proveedor solicitante, de que todas las declaraciones hechas en el presente documento son verdaderas y verificadas por documentación específica en el registro médico del paciente correspondiente, y yo/el proveedor solicitante comprendemos que las declaraciones falsas hechas en esta presentación pueden ser investigadas por fraude y/o abuso.

Doy fe de que se han completado los análisis clínicos iniciales estándar (examen físico, análisis de laboratorio y revisión de informes de imágenes anormales anteriores) y que el tratamiento no ha mejorado el estado clínico del paciente.

CERTIFICO NO CERTIFICO

Firmas

Este formulario completado y firmado será parte del registro médico del paciente. Cuando se requieran antecedentes de tratamiento conservador, se debe proporcionar este formulario o toda la información solicitada en el presente.

Firma del proveedor (escriba en letra de imprenta y firme)