

Formulario de antecedentes de tratamiento conservador (imágenes avanzadas)

El tratamiento conservador proporciona un valor clínico significativo a los pacientes que realmente pueden beneficiarse de las imágenes avanzadas. Por lo tanto, la documentación adecuada de los esfuerzos recientes en la atención conservadora es crucial para establecer la necesidad de más pruebas y/o tratamiento.

IMPORTANTE: Escriba en computadora o con letra de imprenta CLARA. Una vez completado y firmado, cargue este documento a través de RadMD. El procesamiento puede retrasarse si la información enviada es ilegible o está incompleta.

Fecha de hoy:	Nombre del paciente:
Número de seguimiento:	Fecha de nacimiento:
Preguntas clínicas:	
¿El paciente ha tenido estos síntomas durante seis meses o más?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a lo anterior es no, ¿cuánto tiempo ha tenido el paciente estos síntomas?	
Tratamientos conservadores probados para el problema:	
¿Alguna modificación, descanso o refuerzo en la actividad reciente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna prueba reciente de medicamentos y/o inyecciones?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna fisioterapia reciente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a la <i>fisioterapia</i> es sí, complete esta sección.	
Fecha de inicio de la fisioterapia: _____ Fecha de la última sesión: _____	
Tipo(s) de ejercicios/modalidades: _____	
Cantidad de sesiones completadas: _____	
¿Cómo se sintió el paciente después/durante la intervención terapéutica? <input type="checkbox"/> MEJOR <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> PEOR	
¿Algún programa de ejercicios en el hogar (home exercise program, HEP) reciente dirigido por un médico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es sí al <i>programa de ejercicios en el hogar dirigido por un médico</i> , complete esta sección.	
Nombre del médico supervisor que solicita el programa de ejercicios: _____	
Tipo de ejercicios: _____	
Fecha en la que se le dieron al paciente el plan de ejercicios y las instrucciones: _____	
Fecha en 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) _____	

Fecha de la reevaluación del médico en el consultorio completada después del programa de ejercicios en el hogar recetado:

¿Cómo se sintió el paciente después/durante los ejercicios en el hogar? MEJOR IGUAL PEOR

ENVÍE UNA COPIA DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS EN EL HOGAR CON ESTE DOCUMENTO

¿Alguna atención quiropráctica reciente?

SÍ NO

Si la respuesta a la *atención quiropráctica* es sí, complete esta sección.

Fecha de inicio del tratamiento quiropráctico: _____ Fecha de la última sesión: _____

Cantidad de sesiones completadas: _____

¿Cómo se sintió el paciente después/durante el tratamiento? MEJOR IGUAL PEOR

Seleccione el área de la columna vertebral para la cual se ha completado la atención conservadora:

CERVICAL (CUELLO) TORÁCICA (ESPALDA MEDIA) LUMBAR (ESPALDA BAJA)

Seleccione la articulación para la cual se ha completado la atención conservadora:

MANDÍBULA HOMBRO CODO
 MUÑECA MANO CADERA
 PELVIS
(SACROILÍACA) RODILLA TOBILLO
 PIE OTRO

Al realizar esta solicitud, confirmo, ya sea como proveedor solicitante o según lo autorizado por el proveedor solicitante, 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 comprendo/el proveedor solicitante comprende que las declaraciones falsas hechas en esta solicitud pueden ser investigadas por fraude y/o abuso.

Confirmando que se ha completado el análisis clínico inicial estándar (examen físico, análisis de laboratorio y revisión de informes de imágenes anormales anteriores) y el tratamiento no ha mejorado el estado clínico del paciente.

CONFIRMO NO CONFIRMO

Firmas

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

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