

Formulario de antecedentes de tratamiento conservador (espalda/cuello)

El tratamiento conservador ofrece un valor clínico significativo a los pacientes que experimentan problemas de cuello o espalda. Por lo tanto, la documentación adecuada de los esfuerzos recientes en la atención conservadora es fundamental para establecer la necesidad de un tratamiento o cirugía adicional.

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?	☐ SÍ ☐ 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: _____	
¿Cómo se sintió el paciente después/durante la intervención terapéutica? ☐ MEJOR ☐ IGUAL ☐ PEOR	
¿Hay alguna razón médica por la que el paciente no pudo continuar con la terapia? ☐ SÍ ☐ 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?	☐ SÍ ☐ 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: _____	
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? ☐ MEJOR ☐ IGUAL ☐ PEOR	
¿Hay alguna razón médica por la que el paciente no pudo continuar con su HEP? ☐ SÍ ☐ NO	
¿Ha recibido el paciente atención quiropráctica en los últimos 6 meses?	☐ SÍ ☐ 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: _____	

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

¿Existe alguna razón médica por la que el paciente no pudo continuar con la atención quiropráctica? ☐ SÍ ☐ NO

¿Ha tenido el paciente bloqueos facetarios o inyecciones epidurales?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta a las *inyecciones* es sí, complete esta sección.

Tipo de inyección: _____ Fecha(s) de la(s) inyección(es): _____

Nivel(es) de la columna vertebral objetivo: _____

¿Cómo se sintió el paciente después de la inyección? ☐ MEJOR ☐ IGUAL ☐ PEOR

¿Ha tomado el paciente medicamentos antiinflamatorios o analgésicos?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta a los *medicamentos* es sí, complete esta sección.

Nombre del medicamento: _____

¿Ha tomado el paciente el medicamento durante al menos 3 meses? ☐ SÍ ☐ NO

¿Usó el paciente dispositivos médicos (TENS, rodilleras, etc.) en los últimos 6 meses?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta a los *dispositivos* es sí, complete esta sección.

Tipo de dispositivo: _____ Duración del tratamiento: _____

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)