

Formulario de antecedentes de tratamiento conservador (cadera/rodilla/hombro)

El tratamiento conservador proporciona un valor clínico significativo a los pacientes que experimentan problemas articulares. 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: Número de seguimiento:	Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:
Preguntas clínicas:	
¿Cuánto tiempo ha tenido el paciente estos síntomas?	
¿Los síntomas interfieren con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Tratamientos conservadores probados para el problema:	
¿Ha recibido el paciente fisioterapia?	<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: _____ ¿Cómo se sintió el paciente después/durante la intervención terapéutica? <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 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)?	<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: _____ 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 una inyección de cortisona o una viscosuplementación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a las <i>inyecciones</i> es sí, complete esta sección. Tipo de inyección: _____ Fecha(s) de inyección(es): _____	
¿Ha tomado el paciente medicamentos antiinflamatorios o analgésicos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a los <i>medicamentos</i> es sí, complete esta sección.	

Nombre del medicamento: _____

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

¿Ha probado el paciente alguno de los tratamientos adicionales a continuación?

Ayudas ambulatorias SÍ NO

Tipo: _____ Duración: _____

Reducción de peso SÍ NO

Cantidad de libras perdidas: _____

Modificación de actividad SÍ NO

Duración: _____

Férula SÍ NO

Tipo: _____ Duración: _____

Hielo/calor SÍ NO

Duración: _____

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)