

Harrington

HEALTHCARE SYSTEM

Total Local Care

Preparación para Servicios de Rehabilitación

Antes de su primera visita:

- Nuestra documentación está en nuestra página web - ver enlace- imprima y complételo antes de su primera visita para ahorrar un poco de tiempo
- Haga una lista de sus preguntas
- Anote los síntomas
 - ¿Es mejor o peor con ciertas actividades, movimientos, posiciones?
 - ¿Mejor o peor en un momento determinado del día?
 - ¿Mejor o peor con el descanso?
- Escriba su historial médico
- Haga una lista de todos los medicamentos y los medicamentos sin receta
- Escriba lesiones, incidentes o factores ambientales que podrían haber contribuido a su condición
- Haga una lista de las condiciones médicas que usted tenga
- Lleve a un familiar o amigo con usted si lo desea
- Traiga cualquier laboratorio o informes de diagnóstico de otros profesionales de la salud
- Lleve una lista de los médicos y / u otros profesionales de la salud que usted ha visto con relación esta condición
- Use ropa cómoda a la terapia

Durante su primera visita, su terapeuta de rehabilitación deberá:

- Revisar toda la información que usted ha proporcionado y le hará preguntas adicionales relacionadas con su condición.
- Llevar a cabo un examen detallado y que, dependiendo de su estado puede incluir su flexibilidad, la fuerza, el equilibrio y la coordinación, el ritmo cardíaco y la respiración. Su terapeuta puede usar sus manos para examinar o "palpar" la zona afectada.
- Hacer preguntas específicas acerca de su casa o ambiente de trabajo y cómo se está gestionando con la condición que usted tenga
- Documentar una lista de condiciones que deben mejorarse para alcanzar sus metas
- Determinar cuántas veces por semana y la duración de cada visita. Su terapeuta le informará de ejercicios y / u otras actividades que debe realizar por su cuenta

El personal de la oficina de rehabilitación programará los tratamientos recomendados. Los terapeutas trabajan con asistentes que le ayudarán en su cuidado. Por lo general se le programará para rotar entre ser visto por el terapeuta y el ayudante.

Un aspecto importante del tratamiento es la educación que puede incluir ejercicios, aprender formas nuevas y diferentes para llevar a cabo sus actividades en el trabajo y el hogar que puede implicar nuevas técnicas para ayudar a minimizar el dolor, disminuir la tensión y evitar una nueva lesión.

- Su terapeuta puede evaluar su necesidad de equipos especiales, tales como férulas, muletas, andador o un bastón.
- Durante su curso de la terapia con su terapeuta continuamente volverá a revisar su progreso y trabajará con usted para planificar su egreso de la terapia cuando esté listo.
- Su terapeuta le ofrecerá sugerencias sobre lo que debe hacer después de ser dado de alta si sus síntomas o condición empeoran.

Harrington

HEALTHCARE SYSTEM

Total Local Care

Rehabilitation Services

100 South Street, Southbridge, MA 01550 ° Ph. (508) 765-3120 ° Fax (508) 765-3073

FORMULARIO DE INGRESO PERSONAL

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento.: _____ Fecha de inicio del problema _____

Cuidados en el Hogar: ¿Está actualmente recibiendo servicios de atención en el hogar? ¿Y n en caso afirmativo, dónde? _____.

¿Está relacionado con un accidente de Automóvil/Trabajo/Deportes?: S N _____

¿Cuáles son sus metas para la terapia?: _____

Fecha	Motivo de Hospitalización y Cirugías

Medicamentos: Por favor proporcione la lista de todos los medicamentos que usted está tomando incluyendo medicamentos sin receta y hierbas:

Nombre	Dosis	Vía (oral, inyectada, inhalada, sublingual, transdérmica)	Frecuencia	Propósito

¿Quien refirió a servicios de rehabilitación de Harrington? (Marque todos los que apliquen)

- Doctor Primario/NP Especialista/NP/PA Amigo de la Familia
 Amigo Otro

Reacciones adversas: ¿tienes algún tipo de alergias o reacciones adversas? (Picadura de abeja, medicamentos, látex, sensibilidad de la piel, etc.) S N

Si la respuesta es afirmativa, ¿En qué? _____

¿Alguna vez ha sido verbal, emocional, sexual o maltratos físicos o explotados económicamente por su pareja o alguien más en su casa? S N

¿Tienes un Proxy de Atención de Salud? S N ¿Desea a un Proxy de Atención de Salud? S N

PAS es un documento que permite al paciente a nombrar a un representante para hacer decisiones sobre su atención médica en caso de que la principal persona fuese incapaz de ejecutar dichas decisiones. Una vez que el documento sea redactado, el individuo sigue siendo primordial y se le permite tomar decisiones de salud en la medida en que el paciente todavía sea competente para hacerlo. Proxies de salud no son obligatorias, sino que permiten que los deseos del paciente sigan, incluso cuando él / ella sea incapaz de comunicarlos.

Harrington

HEALTHCARE SYSTEM

Total Local Care

PÓLIZA SOBRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN AMBULATORIO

<input type="checkbox"/> Harrington Health Care at Rt. 169 20 Southbridge Rd. Charlton, MA 01507 Phone: (508) 434-1435 Fax: (508) 434-1436	<input type="checkbox"/> Harrington Memorial Hospital 100 South St. Southbridge, MA 01550 Phone: (508) 765-3120 Fax: (508) 765-3073	<input type="checkbox"/> Harrington Health Care at Hubbard 72 Cudworth Rd. Webster, MA 01570 Phone: (508) 949-9124 Fax: (508) 949-9126
---	--	---

A TODO PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:

1. Póliza sobre cancelación/ y El no presentarse a su cita

- a. Si usted necesita cancelar su cita, comuníquese con nosotros a los teléfonos indicados arriba. Nuestras oficinas están abiertas de 7:30 AM a 4:30 PM y nuestro correo de voz esta disponible las 24 horas, 7 días a la semana.
- b. Si usted no se presenta a 2 citas consecutivas, entonces se le dará de baja a sus terapias restantes y su nombre será removido de nuestra programación.
- c. Se aceptarán cancelaciones por enfermedad y otras situaciones razonables. Múltiples cancelaciones o una combinación de citas no atendidas y canceladas resultará en que se le de baja a su terapia y su nombre será removido de nuestra programación.

2. Seguro/Co- Pago/Co-Seguro

- a. Hemos investigado su seguro y han determinado su co-pago/el coseguro es \$ _____ por visita. Es la responsabilidad del paciente como un suscriptor de seguros para saber lo que su seguro Cubrirá. La determinación definitiva de su co-pago/co-seguro permanece con su compañía de seguro al final de su cuenta. Usted será responsable de cualquier desacuerdo de la susodicha cantidad indicada y recibirá una cuenta del hospital.
- b. Si la cantidad que se indica más arriba presenta dificultades financieras, usted puede pagar el 50% o \$ _____ por visita mientras recibe tratamiento. Después de que se le debaja se le cobrará el 50% restante o sea el importe de la determinación final de copago este equilibrio de copago obedece 60 días siguientes a la finalización de su terapia.
- c. Usted puede arreglar un plan de presupuesto pagando su co-paga con uno de nuestros consejeros de crédito que están localizados del vestíbulo principal en el Hospital de Harrington en Southbridge y en Harrington HealthCare en Hubbard en Webster.
- d. Si el recepcionista está ocupado, por favor vaya directamente a su cita prevista ya que el terapeuta hace todo lo posible para comenzar su tratamiento a tiempo. Usted puede volver a la oficina para el pago después de su terapia.

3. Medicare/Home Health- Si su seguro primario es Medicare y usted recibe servicios de cuidado de salud en su casa, Medicare no le cubrirá su tratamiento ambulatorio. Usted necesita hablar con su proveedor de atención a domicilio para que estos servicios sean prestados en su hogar.

He leído y entendido toda la póliza indicada arriba.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha