

BIENVENIDO A RECONSTRUCTIVE ORTHOPEDIC CENTER OF HOUSTON

Questions about
these instructions?

Call: **281-953-8399**
(8 am to 5pm CST)

www.rocmed.com

Reconstructive
Orthopedic Center
of Houston

1213 Hermann Dr.
- Suite 380
Houston, TX 77004

A continuación encontrará información referente a nuestro departamento de terapia y a su tratamiento. Esperamos que este documento le ofrezca la información necesaria para que su visita a nuestro centro sea más placentera.

- **Horas de operación:** Lunes a Viernes 8:00am a 5:00pm. La última cita de la mañana será a las 11:00am y la última de la tarde será asignada a las 3:30.
- **Para solicitar una cita en un horario específico:** Nosotros haremos lo posible para brindarle el horario que usted requiera. Por favor solicite sus citas con dos semanas de anticipación para asegurar la disponibilidad.
- **Tiempo de espera para la prestación del servicio:** Si usted llega muy temprano a su cita, será difícil para nosotros atenderlo antes de la hora asignada. En ROC of Houston tratamos de que todos nuestros pacientes reciban el tiempo de terapia que se merecen y por esta razón las citas son asignadas en intervalos de tiempo necesarios.
- **Llegada tarde a su cita:** Si usted se presenta tarde a su cita, el terapeuta podría tener que cambiar su horario de atención, debido a que esto podría afectar la atención de otros usuarios quienes si llegaron a tiempo. Por favor por respeto a los otros pacientes sea puntual con sus citas.
- **Si usted tiene que cancelar su cita:** Por favor realice la cancelación de su cita con 24 horas de antelación. Usualmente tenemos usuarios que se encuentran en lista de espera y esto permitirá brindarle la oportunidad a uno de esos usuarios de acceder al servicio. Si usted se encuentra en el programa de Worker's Compensation y no se presenta a su cita, estaremos en la obligación de informar a su compañía de seguros y al doctor tratante de su ausencia. Las visitas que sean canceladas deberán ser recuperadas en el transcurso de la misma semana.
- **Los teléfonos celulares no deben ser usados dentro del área de terapia:** Excepto si su trabajo lo requiere o usted es contactado por una emergencia, las llamadas innecesarias le restan tiempo a usted y a su terapeuta. Por otro lado los celulares pueden afectar el funcionamiento de algunos equipos médicos como los marcapasos.
- **Limite de visitantes y niños en la clínica:** Los familiares y niños deben esperar en la sala de espera, para mantener la privacidad del tratamiento y evitar accidentes. Los niños pueden interrumpir e impedir que los pacientes reciban un tratamiento adecuado y los familiares ocupan el espacio y las sillas que otros pacientes podrían necesitar.
- **Cita con su terapeuta principal:** Por favor haga su cita tan pronto como sea posible con su terapeuta principal, para asegurar la continuidad de su tratamiento. Nuestros terapeutas trabajan de cerca con asistentes certificados (COTA's) quienes podrán ser parte de su tratamiento. Estos asistentes se encuentran entrenados en rehabilitación de mano y siguen los tratamientos establecidos por su terapeuta, quien estará siguiendo su progreso y modificara su tratamiento de ser necesario. Si usted tiene dudas sobre su tratamiento deberá discutirlo con su terapeuta principal.

- **La cancelación del Co-pago y férulas debe realizarse al finalizar el servicio:** PPO y personas que pagan independientemente deben realizar la cancelación de su tarifa inmediatamente al finalizar la sesión de terapia.
- **Después de cada visita, por favor notifique su salida en el muro de recepción.** Su cuenta será procesada por la secretaria y cualquier otro asunto referente a su terapia o seguro ser discutido. •
- **Si su seguro requiere una prescripción de su doctor:** Será su responsabilidad verificar que su prescripción se encuentra vigente. Usted debe saber que algunas compañías de seguro solo permiten 60 días de terapia continua por diagnostico, por ano calendario
- **El estacionamiento se encuentra en mismo edificio.** Está techado y es gratis, para su conveniencia.

Yo, _____ (firma), he leído y comprendo toda la información descrita en este documento y me comprometo a seguir todas las normas y regulaciones de la clínica.

Nuestros Terapistas Son:

Kathy Brou, OTR, CHT

Francisco Mendoza MOT, OTR, CHT

Amanda Rowell, OTR

Debra Miller, MHSPT, CHT

Joanna Ford, COTA

Tecnología de Terapia:

Carlos Zorrilla

Laura Montemayor

Maria Fajardo



Questions about
these instructions?

Call: **281-953-8399**
(8 am to 5pm CST)

www.rocmed.com

Reconstructive
Orthopedic Center
of Houston

1213 Hermann Dr.
- Suite 380
Houston, TX 77004

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO. Sabiendo que tengo una condición que requiere tratamiento médico, voluntariamente consiento el tratamiento, incluyendo procedimientos de diagnóstico y tratamientos médico ordenados por mis doctores. Estoy consciente que la práctica de la medicina y cirugía no son ciencias exactas, y que en ningún momento me han dado garantía sobre los resultados de los tratamientos y exámenes clínicos.

Iniciales aquí _____

CONSENTIMIENTO DEL USO DE MI INFORMACION MÉDICA. Autorizo a ROC, dar a conocer cualquier información o diagnóstico requerido por la compañía de seguros o sus agentes. Entiendo que esta información podría incluir, si es necesario, el resultado de pruebas de laboratorio específicas como infección de VIH (Virus de inmunodeficiencia Humana) agente causante del SIDA, o el diagnóstico del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida). Consiento y autorizo a ROC dar a conocer mi información médica incluida en mis archivos. Comprendo que la información será brindada por teléfono o vía Fax, y que se tomarán las medidas necesarias para proteger la confidencialidad. **Iniciales aquí** _____

EXPOSICION ACCIDENTAL DEL TRABAJO DE SALUD. Comprendo que si el trabajador de salud es expuesto accidentalmente a mi sangre u otros fluidos, se me deberán realizar pruebas de Hepatitis B, C y VIH/SIDA sin mi consentimiento previo. Se mantendrá la confidencialidad de los resultados según lo estipulado por la ley.

Iniciales aquí _____

ZONA LIBRE DE TABACO Soy consciente que ROC es una zona libre de tabaco y que el uso de cualquier tipo de tabaco esta estrictamente prohibido, excepto en áreas designadas. **Iniciales aquí** _____

PROHIBICION DE DROGRAS, ALCOHOL Y ARMAS. Entiendo que la política de ROC prohíbe el consumo, uso o posesión de drogas no recetadas, incluyendo sustancias controladas tales como marihuana, cocaína, heroína y alcohol. No se permite el porte de armas de cualquier tipo dentro de las instalaciones de la clínica o la sala de espera. En caso de que se encontraran drogas no prescritas, armas o alcohol, estas serán confiscadas y las autoridades deberán ser informadas de ser necesario. El no cumplimiento de estas políticas puede resultar en la negación del servicio por parte de ROC y la expulsión de las instalaciones. **Iniciales aquí** _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA. Me comprometo a realizar el pago por los servicios prestados por el personal médico, proveedor u otro personal pertenecientes a ROC de acuerdo a las facturas presentadas. Si participo en algún plan de seguro médico privado, reconozco que tengo responsabilidad financiera de acuerdo con las condiciones del plan, por los servicios prestados cuando estos sean excluidos del plan por no ser considerados necesidad médica o cualquier otra razón. **Iniciales aquí** _____

AVISO IMPORTANTE Si usted es consciente o sospecha que tiene problemas relacionados con Alcohol o drogas, por favor informe a su médico, enfermera, asistente social o psicólogo. Si fuera necesario, se incluirá ayuda en su plan de tratamiento para estos problemas. **Iniciales aquí** _____

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS. Yo, irrevocablemente asigno a ROC of Houston todos los beneficios de pago de mi seguro médico que se encuentren contemplados en mi plan, bajo las políticas de hospitalización y servicios profesionales prestados. **Iniciales aquí** _____

ASIGNACION DE MEDICARE Certifico, que toda la información brindada para la aplicación de los servicios de Medicare se encuentra correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a ROC OF HOUSTON directamente. **Iniciales aquí** _____

ASIGNACION DE MEDICAID. Solicito que los pagos de beneficio autorizados bajo Medicaid por cuenta mía, sean hechos directamente a ROC. **Iniciales aquí** _____

CONSENTIMIENTO FOTOGRAFICO. Consiento que se realice registro fotográfico, en video o grabaciones de audio de mi tratamiento o evaluación para ser utilizados con propósitos educativos o de investigación, como publicaciones científicas, siempre y cuando mi nombre sea utilizado solo bajo mi previo consentimiento. **Iniciales aquí** _____

DIVULGACION Y COMPRESION DE INFORMACION SOBRE LA COMPENSACION DE LOS TRABAJADORES La comisión de compensación de trabajadores, regula las tarifas y cargos por asistencia médica, servicios hospitalarios y medicinas. En algunas ocasiones, la comisión determinara que ciertas tarifas y cargos no están relacionados con la lesión por lo cual el paciente fue hospitalizado y podría determinar que la naturaleza de la misma no está relacionada con el accidente de trabajo. Entiendo que si la comisión determina que la tarifa o cargo no será reembolsada por la comisión de trabajadores, yo asumiré la responsabilidad por el pago. **Iniciales aquí** _____

OBJETOS PERSONALES. He sido informado sobre dejar mis objetos personales de valor en casa y asumo la responsabilidad por los que porte conmigo en las áreas de tratamiento y cirugía. ROC no se hará responsable por la pérdida, robo o daño de los mismos. **Iniciales aquí** _____

Este documento de consentimiento informado será válido mientras no sea revocado, cambiado o actualizado. Certifico que he leído la información previamente mencionada o que la misma ha sido leída para mí y que entiendo mis derechos y obligaciones como paciente de ROC OF HOUSTON. Toda copia de este formato será considerada como original. **Iniciales aquí** _____

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Questions about
these instructions?

Call: **281-953-8399**
(8 am to 5pm CST)

www.roc.md.com

Reconstructive
Orthopedic Center
of Houston

1213 Hermann Dr.
- Suite 380
Houston, TX 77004

POLITICA DE PARQUEO

ROC POLITICAS Y REGLAS PARA EL USO DEL PARQUEADERO POR PARTE DE LOS PACIENTES

1. El departamento de terapia de ROC será responsable por el pago del parqueadero **UNICAMENTE** el día correspondiente a la sesión de terapia.
2. Un boleto validado le será entregado una vez haya realizado el proceso de ingreso al sistema con la secretaria en el momento de su llegada al área de terapia.
3. Para hacer uso del boleto validado usted debe ingresar en la maquina ubicada en la salida del parqueadero el boleto que recibió cuando ingreso y posteriormente el boleto validado por la secretaria del área de terapia de ROC
4. El departamento de terapia de ROC **NO CUBRIRA** el costo del parqueadero en caso de que se presente uno de las siguientes circunstancias:
 - a. Si usted se presenta a terapia en el día que no le corresponde y no puede recibir el servicio
 - b. Si usted tiene cita con el doctor pero no tiene cita con el terapeuta
 - c. Si usted se presenta 15 minutos o más tarde a su terapia y no llama a notificar que está en camino o va a llegar tarde generando conflicto con el horario de los terapeutas y su cita debe ser cancelada (por ejemplo: Al momento de su llegada tarde su terapeuta está viendo a otro paciente en el horario correspondiente y no hay otro terapeuta que lo pueda atender).
 - d. Su boleto de parqueadero no pertenece al Museum Medical Tower

Firma del paciente

Personal de ROC

Fecha



Questions about these instructions? Call: 281-953-8399 (8 am to 5pm CST) www.rocmed.com

Reconstructive Orthopedic Center of Houston 1213 Hermann Dr. - Suite 380 Houston, TX 77004

CUESTIONARIO MEDICO DE PACIENTE

Información del Paciente:

| | |
|---------------------|--------|
| Nombre de Paciente: | Fecha: |
|---------------------|--------|

Historia Social:

| | |
|---|--|
| Ocupación: | Estas empleado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Requisitos del Trabajo: | |
| Restricciones en el trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Cuales son? |
| Trabajaste antes que herirte? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Como clasificarías tu hogar? <input type="checkbox"/> Casa de Familia <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Vivienda de Ayuda <input type="checkbox"/> Casa de Retiro | Cual de los siguientes cosas se encuentran en tu casa? <input type="checkbox"/> Escaleras con carriles; Cuantas escaleras para entrar <input type="checkbox"/> Escaleras sin carriles <input type="checkbox"/> Rampa <input type="checkbox"/> Ascensor |
| Vives solo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Puedes manejar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Realiza usted ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Si respondes sí, que clase de programa sigues y con cuanta frecuencia? | |

La siguiente información es necesaria para mejor calidad de su tratamiento, que recibes durante tu cita de terapia. Por favor responde a todas las preguntas.

Una enfermera o terapeuta ha ido a tu casa/lugar de residencia para darte tratamiento de uno de las siguientes ra-

- a) Bañar SI NO
- b) Vestir SI NO
- c) Cuidado de Herida SI NO
- d) Ejercicios SI NO
- e) Otra Razón SI NO

| |
|---|
| Hay alguien quien todavía te visita en tu casa por una de las razones mencionada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si respondes si, quien? |

Questions about these instructions?

 Call: **281-953-8399**
(8 am to 5pm CST)

www.rocmed.com

Reconstructive Orthopedic Center of Houston

 1213 Hermann Dr.
- Suite 380
Houston, TX 77004

CUESTIONARIO MEDICO DE PACIENTE (CONTINUADO)

Por Favor Marca La Condición Médica Que Aplica Para Ti

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangrar | <input type="checkbox"/> Hueso Partido |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Visión | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Escuchar | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Amputación del Brazo |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> Sobrepeso, Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

Escala De Dolor:

Queremos que nos informe de tu dolor usando una escala de **0 to 10**
Te vamos preguntar tu nivel de dolor antes, durante, y despues que tu tratamiento.

0 = SIN DOLOR / 10 = PEOR DOLOR DE TU VIDA o si sientes que tienes que ir a la sala de emergencia.

Pon un circulo en el nivel de dolor **AHORA**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que es lo **MEJOR** que el dolor se ha sentido durante las ultima dos semanas?

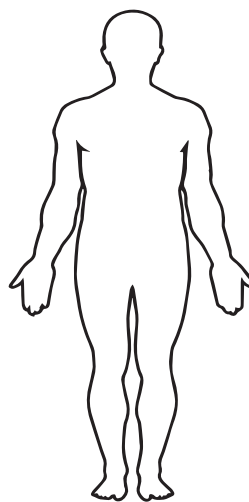
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que es lo **PEOR** que el dolor se ha sentido durante las ultima dos semanas?

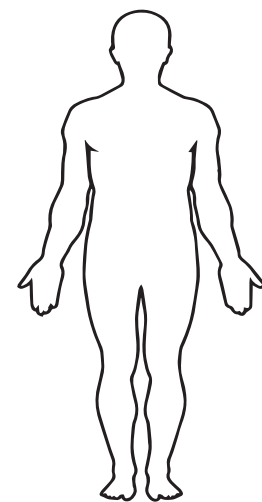
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marca tus sintomas en el diagrama del cuerpo:

| | |
|-----------------|---------|
| Dolor Severo | XXXXXX |
| Dolor Moderado | /////// |
| Hormigueo | +++++ |
| Entumecido | OOOOO |
| Dolor que Punza | ----- |



Front



Back

Questions about these instructions?

 Call: **281-953-8399**
(8 am to 5pm CST)

www.rocmed.com

Reconstructive Orthopedic Center of Houston

 1213 Hermann Dr.
- Suite 380
Houston, TX 77004

MANO, EL HOMBRO Y EL BRAZO

Haga un círculo alrededor del número que mejor indica su discapacidad para llevar a cabo las siguientes actividades durante la semana pasada.

| Al día de hoy, siente que tiene o podría tener alguna dificultad en su pie, tobillo o pierna? | Ninguna Dificultad | Poca Dificultad | Dificultad Moderada | Mucha Dificultad | Incapaz |
|--|--------------------|-----------------|---------------------|------------------|-----------|
| 1. Abrir un pote que tenga la tapa apretada, dándole vueltas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Realizar los quehaceres del hogar más fuertes (por ejemplo, lavar ventanas, mapear)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Cargar una bolsa de mercado o un maletín | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Lavarse la espalda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Usar un cuchillo para cortar alimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Realizar actividades recreativas en las que el hombro o mano reciben en el brazo, hombro o manos (por ejemplo, Golf, tenis, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | En lo Absoluto | Poco | Moderadamente | Bastante | Muchísimo |
| 7. ¿Hasta qué punto el problema del brazo, hombro o mano dificultó las actividades sociales con familiares, amigos, vecinos o grupos durante la semana pasada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿Tuvo que limitar su trabajo u otras actividades diarias a causa del problema del brazo, hombro o mano durante la semana pasada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Por favor califique la gravedad de los siguientes síntomas durante la semana pasada | | | | | |
| | Ninguno | Poco | Moderado | Mucho | Muchísimo |
| 9. Dolor en el brazo, hombro o mano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Hormigueo en el brazo, hombro o mano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Ninguna Dificultad | Poca Dificultad | Dificultad Moderada | Mucha Dificultad | Incapaz |
| 11. ¿Cuanta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor del brazo, hombro o mano durante la semana pasada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Questions about these instructions?

 Call: **281-953-8399**
(8 am to 5pm CST)

www.rocmed.com

Reconstructive Orthopedic Center of Houston

 1213 Hermann Dr.
- Suite 380
Houston, TX 77004

FOTO EVALUACION PARA PACIENTES CON ALTERACION DE LA FUNCION EN PIE, TOBILLO Y PIERNA (SEGMENTO DEBAJO DE LA RODILLA)

La siguiente encuesta tiene como objetivo conocer de primera mano que tan bien se siente al realizar sus actividades habituales. Esta informacion ayudara a cuidar mejor de usted. Por favor responda basado en el problema por el cual esta recibiendo o recibira tratamiento. Si usted no sabe o no realiza alguna de las actividades descritas por favor responda basado en cual cree usted que seria el resultado si la realizara.

| A tenido alguna dificultad el dia de hoy debido a su pie, tobillo o pierna (debajo de la rodilla) con respecto a: | Extrema dificultad o incapaz de realizarlo | Alta dificultad | Moderada dificultad | Poca dificultad | Ninguna dificultad |
|---|--|-----------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| 1. Actividades habituales en el trabajo, la casa o la escuela | | | | | |
| 2. Entrar y salir de la ducha | | | | | |
| 3. Caminar a traves de los cuartos | | | | | |
| 4. Levantar objetos como las bolsas del mercado desde el suelo | | | | | |
| 5. Realizar actividades que no requieran mucho esfuerzo en casa | | | | | |
| 6. Realizar actividades que requieren mucho esfuerzo en casa | | | | | |
| 7. Caminar dos bloques | | | | | |
| 8. Subir o bajar 10 escalones sin descanso entre ellos | | | | | |
| 9. Estar de pie por una hora | | | | | |
| 10. Correr en terreno irregular | | | | | |

 11. Por favor califique el nivel de dolor que ha sentido en las ultimas **24 horas**

 0
(Ninguno)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

(Realmente mal)

Questions about
these instructions?

 Call: **281-953-8399**
(8 am to 5pm CST)

www.rocmed.com

 Reconstructive
Orthopedic Center
of Houston

 1213 Hermann Dr.
- Suite 380
Houston, TX 77004

FOTO PACIENTE DE LA ENCUESTA - LA RODILLA

Nosotros estamos interesados en saber si estas teniendo alguna dificultad para hacer las siguientes actividades par el problema de la rodilla que estas recibiendo tratamiento. Par favor selecciona la respuesta apropiada par cada actividad. (Par favor pan un cfrculo en cada fila)

| Cuanta dificultad tienes para hacer cada una de las siguientes actividades par el problema de tu rodilla: | Dificultad Extrema | Bastante Dificultad | Dificultad Moderada | Poca Dificultad | Sin Dificultad |
|---|--------------------|---------------------|---------------------|-----------------|----------------|
| 1. Actividades regulares del trabajo, casa, o escuela | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Entrando o saliendo de la tina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Caminar entre cuartos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Agacharte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Levantando objetos, coma una balsa del piso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Hacer actividades livianas alrededor la casa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Caminar dos cuardas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Subir o bajar un piso de escaleras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quedarte parado par 1 hara | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Correr en un piso desnivelado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |