

Premier Sports Lab

Datos Demográficos del Cliente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ ☐ M ☐ F

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SERVICIOS QUE LE INTERESAN

☐ SPORTS RECOVERY SYSTEMS ☐ SPORTS ENHANCEMENT TRAINING
☐ POST REHAB OPTIMIZATION

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento voluntario para permitir que los proveedores de Premier Physical Therapy & Associates Inc realicen la evaluación física de mi (s) área (s) afectada (s).

La programa Premier Sports Lab será realizada por un fisioterapeuta con licencia e incluirá una evaluación física de ROM, fuerza y pruebas especiales para determinar la posible patología. Los consejos y recomendaciones proporcionados no deben considerarse en lugar de los consejos médicos proporcionados por un médico. Si los síntomas persisten, su proveedor médico debe ser una evaluación médica completa.

Entiendo completamente y reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía, ya sea expresa o implícita, con respecto al resultado de cualquier tratamiento, procedimiento o consejo médico recomendado.

Por la presente, libero y descargo a Premier Physical Therapy & Associates, sus funcionarios, agentes, personal y técnicos de todas las reclamaciones o daños que puedan surgir o incidir en esta evaluación.

He leído este formulario y entiendo los procedimientos que se realizarán.

☐ Doy mi consentimiento para participar en el programa de Premier Sports Lab.

Firma del participante / tutor

Fecha



Acuerdo de Consentimiento Informado

Premier Sports Lab desea recordarle que el ejercicio físico puede ser agotador y puede estar sujeto a riesgo de lesiones graves. Teniendo esto en cuenta, PSL le insta a que se someta a un examen físico de un médico antes de usar cualquier equipo de ejercicio o cuando participe en cualquier actividad de ejercicio. Como miembro, invitado o participante, usted acepta que al realizar cualquier ejercicio o actividad física o el uso de cualquier servicio de PSL en las instalaciones o fuera de las instalaciones, lo hace bajo su propio riesgo. Usted acepta que participa voluntariamente en estas actividades y el uso de estas instalaciones y locales y asume todos los riesgos de lesiones, enfermedades o muerte. Tampoco somos responsables de la pérdida de su propiedad personal.

Esta renuncia y liberación de responsabilidad incluye, sin limitación, todas las lesiones que puedan ocurrir, independientemente de la negligencia, como resultado de; (a) el uso de todos los servicios y equipos de PSL en la instalación y su participación en cualquier actividad, clase, programa, entrenamiento o instrucción personal, (b) el mal funcionamiento repentino e imprevisto de cualquier equipo (c) nuestra instrucción, capacitación, supervisión (d) su resbalón y / o caída mientras se encuentra en la instalación o en las instalaciones de PSL, incluidas las aceras y áreas de estacionamiento adyacentes.

Usted reconoce que ha leído detenidamente esta renuncia y descargo, y comprende completamente que es un descargo de responsabilidad. Usted acepta expresamente liberar a Premier Sports Lab, sus oficiales, agentes, personal y representantes de todas y cada una de las reclamaciones o causas de acción que puedan surgir de esta detección, evaluación, valoración o tratamiento de lesiones. Usted acepta renunciar voluntariamente a cualquier derecho que pueda tener de iniciar una acción legal contra Premier Sports Lab por negligencia, lesiones personales o daños a la propiedad.

Tenga en cuenta: En caso de que un tribunal de justicia determine que alguna parte de este acuerdo está en contra de la política pública o en violación de cualquier estatuto estatal o precedencia de un caso, el resto de este documento permanecerá en pleno vigor.

Firma del participante / tutor _____

Nombre impreso _____

Fecha ____/____/____

Personal autorizado de Premier Sports Lab

OXNARD
1160 NORTH VENTURA RD
OXNARD CA 93030



MOORPARK
6591 COLLINS DR SUITE E8
MOORPARK CA 93021

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Fecha de la lesión: _____ Sin lesión actual ☐ Omita la Sección 1 y continúe con la Sección 2.

Servicios que le interesan:

- ☐ SISTEMA DE RECUPERACIÓN DEPORTIVA ☐ ENTRENAMIENTO DE MEJORA DEPORTIVA ☐ OPTIMIZACIÓN POSTERIOR A LA REHABILITACIÓN

Sección 1

Describe brevemente el historial de su condición actual / mecanismo de lesión:

¿Cómo describirías tus síntomas? (circule todo lo que aplique):

Dolor Ardor Disparos Entumecimiento Hormigueo Palpitante
Espasmos Opresión Duro Constante Intermite
Peor en la mañana Peor en la tarde Peor en la noche

Califique la gravedad de su dolor / síntomas haciendo un círculo en el número apropiado en una escala de 0 a 10, siendo 0 sin dolor / síntomas y 10 dolor / síntomas severos.

Dolor mas fuerte: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor actual: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor mas suave: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

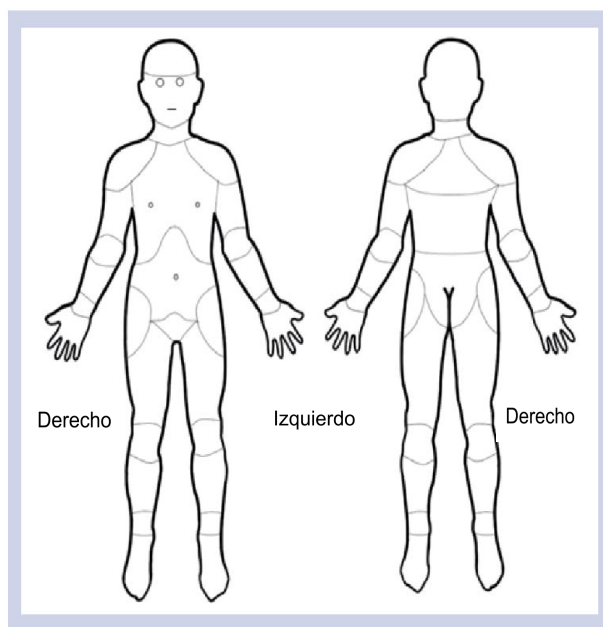
Haga una lista de las Lesiones Graves, Caídas o Cirugías anteriores que haya sufrido y su fecha aproximada:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Haga una lista de las pruebas y los resultados recientes que haya recibido (rayos X, MRI, tomografía computarizada, conducción de nervios):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

** Marque con un círculo la ubicación de su dolor / lesión



Sección 2

Indique TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos a base de hierbas, vitaminas o suplementos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Por favor, marque TODAS las enfermedades o condiciones que se apliquen a usted:

- | | |
|--|---|
| ☐ Alzheimer / Demencia | ☐ Epilepsia / Convulsiones |
| ☐ Osteoporosis/ Osteopenia | ☐ Síndrome de Fatiga Crónica |
| ☐ Presión Arterial Alta/Baja | ☐ Lesión Cerebral Traumática |
| ☐ Enfisema | ☐ Esclerosis Múltiple |
| ☐ Accidente Cerebrovascular | ☐ Enfermedad del Corazón |
| ☐ Enfermedad de Parkinson | ☐ Diabetes |
| ☐ El Lupus | ☐ Cáncer _____ |
| ☐ Fractura o Fractura Sospechada | ☐ Marcapasos |
| ☐ Depresión | ☐ Inmunosupresión |
| ☐ Asma | ☐ Fibromialgia |
| ☐ Osteoartritis / Artritis Reumatoide | ☐ Síndrome de Dolor Crónico |
| ☐ HIV/El Sida | ☐ Otro: _____ |

Yo certifico veracidad de la información en este documento.

Padre del participante / Firma del participante: _____