



Tratamiento TRT

Información del paciente/Consentimiento

¿A quién podemos agradecer por recomendarlo? Google Facebook Instagram Persona: _____

Nombre del paciente: _____
(Nombre) (Apellido) (Apodo)

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Sexo: M F SS#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección electrónico: _____ Mejor número de contacto: _____ (celular/casa/trabajo)

Método de contacto preferido: Correo electrónico Domicilio Teléfono (llamada) Teléfono (texto)

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Numero de contacto: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Estudiante Ama de casa Desempleado Jubilado

Ocupación: _____ Empleador: _____

Requisitos del trabajo: Sentarse Pararse Doblarse Levantar Cargar Viajar Otro: _____

Al responder las siguientes preguntas, nos ayudará a decidir si usted es apto para la terapia de ondas madre extracorpóreas (terapia TRT):

- | | |
|--|--------------|
| • ¿Tiene un trastorno hemorrágico/tendencia? | Sí / No |
| • ¿Está tomando AINE o tratamientos anticoagulantes? | Sí / No |
| • ¿Te han inyectado cortisona este mes? | Sí / No |
| • ¿Está utilizando un marcapasos cardíaco? | Sí / No |
| • ¿Tiene cáncer/tumor? | Sí / No |
| • ¿Tiene un desgarro en el tendón del área que desea tratar? | Sí / No |
| • ¿Tienes una infección en la piel? | Sí / No |
| • ¿Estás embarazada? | Sí / No / NA |

Área en la que estoy buscando tratamiento hoy: _____ (Indique solo su área principal de queja). Cualquier área adicional de queja deberá tener un Mapeo por separado programado para una fecha futura a menos que lo apruebe el Doctor.

(Continúa en la página siguiente)

Riesgos del Procedimiento TRT

Los riesgos de este procedimiento son extremadamente raros y se experimentan principalmente con otras formas de tratamientos de terapia de ondas de tallo extracorpóreas que utilizan ondas de choque producidas mecánicamente.

Los siguientes son los riesgos asociados con el tratamiento:

- a) Petequias o hematomas leves. Esto generalmente desaparece sin tratamiento.
- b) Dolor y molestias. Esto es temporal y normalmente se resuelve en una semana.
- c) Rotura de tendón y lesión de nervio. Esto se evita usando niveles de energía más bajos y evitando el nervio.

***Lea También la hoja de información adjunta que explica el procedimiento en más detalle antes de ver al Doctor hoy. ***

.....

Marque uno a continuación, si tiene alguna pregunta sobre los riesgos asociados con el tratamiento de TRT, nuestros proveedores estarán encantados de responderlas antes de administrar cualquier tratamiento.

Antes de dar mi consentimiento para la atención, tengo preguntas sobre los riesgos asociados con el tratamiento TRT.

_____ **Escribe sus iniciales y firme a continuación si sus preguntas han sido respondidas en su totalidad.**

Habiendo leído detenidamente lo anterior y la hoja de información adjunta, no tengo preguntas y doy mi consentimiento informado para la administración del tratamiento de TRT.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha de la firma: _____

Nombre del paciente (letras de imprenta): _____

El tratamiento TRT NO es un servicio facturable a través de su seguro. Si es candidato, el Doctor le discutirá las recomendaciones de tratamiento, el costo y las opciones de pago/financiamiento con usted.