

Patient Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

Index to Consent – Treatment/Procedures

Fecha: _____

Este consentimiento describe qué esperar si el Paciente decide recibir terapia física. El Paciente entiende que la terapia física puede involucrar una variedad de tratamientos para atender sus necesidades de cuidado.

Un terapeuta físico ha conversado lo siguiente con el Paciente:

- su condición,
- la terapia recomendada,
- la razón para la terapia/tratamiento,
- el plan para la evaluación y el tratamiento,
- los beneficios de la terapia,
- otras condiciones y opciones de tratamiento,
- los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento incluyendo los riesgos de decidir no recibir terapia física.

El Paciente entiende que el plan de tratamiento puede cambiar después de la evaluación. Si es así, el terapeuta del Paciente hablará sobre otras opciones de tratamiento, sus riesgos y sus beneficios. El terapeuta del paciente explicará cómo se comparan otras opciones con la continuación de la evaluación para terapia y el tratamiento. Luego, el terapeuta del Paciente pedirá un consentimiento verbal para continuar con la terapia.

El Paciente puede pedir en cualquier momento tener a otra persona presente en la habitación con él/ella y el(la) terapeuta durante el tratamiento. El Paciente entiende que otros proveedores podrían asistir al terapeuta.

Riesgos

El Paciente entiende que su condición podría no mejorar o podría empeorar con la terapia. Efectos secundarios comunes podrían incluir mayor molestia o dolor muscular/articular. El Paciente entiende que hay riesgo de sufrir otros problemas raros. Estos pueden ocurrir, a pesar de tomar todas las medidas de seguridad. Los riesgos pueden ser mayores

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TERAPIA FISICA

si el Paciente presenta ciertas enfermedades y/o si los problemas del Paciente son graves. El Paciente entiende los riesgos si decide no recibir terapia/tratamiento.

Suspensión Tratamiento.

El Paciente sabe que puede retirar su consentimiento y suspender la terapia en cualquier momento. Si el Paciente desea hacerlo, se lo indicará a su terapeuta ya sea verbalmente o por escrito. El (la) terapeuta del Paciente dejará de proporcionar terapia después de eso. Si el Paciente decide dar su consentimiento para terapia nuevamente en el futuro, el (la) terapeuta pedirá que el Paciente firme un nuevo consentimiento.

Costos de la Terapia

El Paciente entiende que su terapeuta no tiene información relacionada con los costos de su tratamiento o su facturación. Los terapeutas pueden proporcionar "los códigos del procedimiento", si es necesario. Si el Paciente tiene preguntas o preocupaciones relacionadas con el costo de la terapia puede comunicarse con la línea telefónica de precios (*price line*) de UWHC llamando al (608) 263-1507. Para saber si su seguro cubre el tratamiento, el Paciente también debería comunicarse con su compañía de seguro.

Al firmar, acepto que: 1) he leído este **formulario completo**, (2) entiendo el formulario y la información que me entregó el(la) terapeuta física, (3) he tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han respondido, y entendí las respuestas, (4) doy consentimiento para la realización de terapia física al Paciente. Se me han explicado claramente los riesgos y beneficios de la terapia física y de otras opciones de tratamiento. También se me explicó lo que podría suceder si el Paciente rechaza la terapia física.

FIRMAS AUTORIZANTES (AUTHORIZING SIGNATURES):

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____
 (Signature of Patient/Representative) (Date) (Time)

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo. (If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so.)

Nombre en letra de molde: _____ Relación: _____
 (Print Name) (Relationship)

- El Paciente es: Menor de edad (Patient is) (Minor)
- Autoridad Legal: Tutor Legal (Legal Authority) (Legal Guardian)
- Agente de Cuidados Médicos (Health Care Agent)
- Incompetente / Incapacitado (Incompetent/Incapacitated)
- Padre/Madre de un Menor (Parent of Minor)
- Otro: _____ (Other)

Provider Signature: _____ Print Provider Name: _____

Date: ____/____/____ Time: _____ Pager#: _____

Firma del Intérprete o Lector (si es pertinente) _____

Nombre del Intérprete o Lector en Letra de Molde _____

Fecha (Date) _____ Hora (Time) _____

Firma del Testigo* (Witness Signature*) _____

Nombre del Testigo en Letra de Molde (Print Witness Name) _____

Fecha (Date) _____ Hora (Time) _____

* Only required if patient signature not obtained by physician or when telephone consent obtained.

Patient Name:

DOB:

MR #:

**UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
INFORMED CONSENT FOR PHYSICAL
THERAPY**

Index to Consent – Treatment/Procedures

Date: _____

This consent describes what to expect if the Patient chooses to have physical therapy. The Patient understands that physical therapy may involve a variety of treatments to address their care needs.

A physical therapist has discussed the following with the Patient:

- their condition,
- recommended therapy,
- reason for therapy/treatment,
- plan for evaluation and treatment,
- benefits of therapy,
- other conditions and treatment options,
- risks and benefits of treatments options including the risks of choosing not to have physical therapy.

The Patient understands that the treatment plan may change based on their evaluation. If so, the Patient's therapist will discuss other treatment options, risks, and benefits. The patient's therapist will share how other options compare to continuing therapy evaluation and treatment. Then, the Patient's therapist will ask for their verbal consent to continue therapy.

The Patient may ask at any time to have another person in the room with the therapist and the Patient during treatment. The Patient understands that other care givers may assist the therapist.

Risks

The Patient understands that their condition may not improve or may worsen with therapy. Common side effects may include more muscle/joint soreness or pain. The Patient understands there is a risk of other rare problems. This can occur despite

taking safety measures. Risks may be higher if the Patient has certain conditions and/or if the Patient's problems are severe. The Patient understands the risks if they choose not to have physical therapy/treatment.

Stopping Therapy

The Patient knows that they may withdraw their consent and stop therapy at any time. If the Patient wishes to do so, they will tell their therapist either verbally or in writing. The Patient's therapist will not provide therapy after that time. If the Patient decides to consent to therapy again in the future, the therapist will ask the Patient to sign a new consent.

Cost of Therapy

The Patient understands that their therapist does not have information about costs of treatment or billing. They can provide "procedure codes" as needed. If the Patient has questions or concerns about the cost of therapy, the Patient can contact UW Health's price line at (608) 263-1507. To find out if their treatment is covered, the Patient should also contact their insurance company.

By signing, I agree that (1) I have read this **entire form**, (2) I understand the form and information given to me by the physical therapist, (3) I have had the chance to ask questions and have had them answered, and I understood the answers, (4) I consent to the performance of physical therapy on the Patient. The risks and benefits of the physical therapy and other treatment options have been made clear to me. I have also been told what may happen if the Patient declines physical therapy.

AUTHORIZING SIGNATURES:

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version Date: See Spanish Version Time: See Spanish Version

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do to.

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

- Patient is: Minor Incompetent/Incapacitated
- Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor
 Health Care Agent Other: _____

Provider Signature: See Spanish Version Print Provider Name: See Spanish Version

Date: See Spanish Version Time: See Spanish Version Pager#: See Spanish Version

See Spanish Version
Interpreter or Reader Signature (if applicable)
See Spanish Version
Print Interpreter or Reader Name
See Spanish Version
Date _____ Time _____

See Spanish Version
Witness Signature*
See Spanish Version
Print Witness Name
See Spanish Version
Date _____ Time _____

* Only required if patient signature not obtained by physician or when telephone consent obtained.