

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** uwhealth.org  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**CONSENTIMIENTO PARA FISIOTERAPIA**

Index to Consent-Treatment/Procedures

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

Me han dado información sobre mi condición y la evaluación de fisioterapia, de forma que estaré mejor informado para dar o retener mi consentimiento para mi evaluación. Este formulario de consentimiento es una confirmación escrita de tal discusión.

Mi terapeuta ha hablado conmigo sobre mi condición. Se ha propuesto terapia para mi diagnóstico y tratamiento. Me han explicado la razón y los beneficios potenciales de esta evaluación y tratamiento. La logística de la evaluación y el tratamiento han sido revisados. Han hablado conmigo sobre otros diagnósticos y opciones de tratamiento razonables, y también sus riesgos y beneficios. Entiendo las consecuencias potenciales para mí si no se administra la evaluación o el tratamiento.

Entiendo que si me someto a mi evaluación, mi plan de tratamiento puede evolucionar. Si es así, mi terapeuta hablará adicionalmente conmigo sobre mi condición, las opciones posibles de un tratamiento alternativo y razonable (y sus riesgos y beneficios potenciales), y los riesgos y beneficios potenciales de la evaluación de terapia y el tratamiento continuos. Entonces, mi terapeuta obtendrá mi consentimiento verbal para continuar la terapia.

Incluso si me someto a terapia, entiendo que existe un riesgo de que mi condición no mejore o que posiblemente empeore. Puedo experimentar efectos secundarios comunes tal como aumento de la molestia o el dolor en el músculo/la articulación. En raras ocasiones, entiendo que hay riesgo de sufrir otros problemas, a pesar de las medidas de seguridad tomadas. Ciertas condiciones subyacentes pueden aumentar la severidad de los problemas.

Entiendo que puedo solicitar en cualquier momento el tener a otra persona en el cuarto con el terapeuta y conmigo mientras se proporcionan los servicios.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento y dejar de participar en terapia en cualquier momento. Si así lo deseo, indicaré a mi terapeuta ya sea verbalmente o por escrito que ya no deseo recibir terapia. Entiendo que mi terapeuta no me proporcionará terapia después de eso a menos que decida dar mi consentimiento para la terapia nuevamente en el futuro. En ese momento, mi terapeuta me pedirá que vuelva a firmar este formulario.

Entiendo que mi terapeuta no tiene suficiente información para proporcionarme información relacionada con los costos de mi tratamiento o la facturación/cuentas. Si tengo alguna preocupación relacionada con las cuentas, puedo solicitar el "procedure code" (código de procedimiento) de mi terapeuta y contactar a los especialistas de la línea telefónica de precios (*price line*) de UWHC llamando al (608) 263-1507. También debería verificar la cobertura del tratamiento con mi compañía de seguro médico, si es pertinente.

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** uwhealth.org  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**CONSENTIMIENTO PARA FISIOTERAPIA**

Index to Consent-Treatment/Procedures

He leído este formulario y he hablado con mi terapeuta. Entiendo los beneficios y riesgos potenciales de la evaluación y el tratamiento terapéutico propuestos en este momento, además de otros tipos de evaluación y tratamiento.

Doy mi consentimiento a recibir la terapia que me han descrito bajo los cuidados de mi terapeuta. También pueden asistir otros cuidadores.

### FIRMAS AUTORIZANTES

Firma del Paciente/Representante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM  
PM

Si lo firma una persona distinta al paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

El Paciente es:  Menor de edad  Incompetente / Incapacitado

Autoridad Legal:  Tutor Legal  Padre de un Menor de Edad

Agente de Cuidados Médicos  Otro \_\_\_\_\_

Provider Signature: \_\_\_\_\_ Print Provider Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM Pager# \_\_\_\_\_  
PM

\_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete o Lector (si es pertinente)

\_\_\_\_\_  
\* Witness Signature (Firma del Testigo\*)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Intérprete o Lector en Letra de Molde

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

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora AM  
PM

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha) Time (Hora) AM  
PM

\* Sólo se requiere si el proveedor no obtiene la firma del paciente o cuando el consentimiento se obtenga por teléfono.

(\* Only required if patient signature not obtained by provider or when telephone consent obtained.)

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** uwhealth.org  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**CONSENTIMIENTO PARA FISIOTERAPIA**

Index to Consent-Treatment/Procedures

Date: See Spanish Version

I have been given information about my condition and the physical therapy evaluation, so that I will be better informed to give or withhold my consent to my evaluation. This consent form is a written confirmation of such a discussion.

My therapist has discussed my condition with me. Therapy has been proposed for my diagnosis and treatment. The reason for and potential benefits from this evaluation and treatment have been explained to me. The logistics of the evaluation and treatment have been reviewed. Other reasonable diagnosis and treatment options have been discussed with me, as well as their risks and benefits. I understand the potential consequences to me if no evaluation or treatment is given.

I understand that as I undergo my evaluation, my treatment plan may evolve. If so, my therapist will further discuss with me my condition, possible alternate reasonable treatment options (and their potential risks and benefits), and potential risks and benefits of continued therapy evaluation and treatment. Then, my therapist will obtain verbal consent from me to continue therapy.

Even if I undertake therapy, I understand that there is a risk that my condition will not improve or possibly worsen. I may experience common side effects such as increased muscle/joint soreness or pain. Rarely, I understand there is a risk of other problems, despite all safety measures taken. Certain underlying conditions may increase the risk and severity of problems.

I understand that I may request at any time to have another person in the room with the therapist and me while services are provided.

I understand that I may withdraw my consent to evaluation and treatment and stop participating in therapy at any time. If I wish to do so, I will tell my therapist either verbally or in writing that I no longer wish to receive therapy. I understand that my therapist will not provide me with therapy after that time, unless I decide to consent to therapy again in the future. At that time, my therapist will ask me to re-sign this form.

I understand that my therapist does not have sufficient information to provide me with information regarding costs of my treatment or billing. If I have any billing concerns, I may request the "procedure code" from my therapist, and contact UWHC's price line specialists at (608) 263-1507. I may also wish to verify coverage of treatment with my insurance company, if applicable.

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** uwhealth.org  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**CONSENTIMIENTO PARA FISIOTERAPIA**

Index to Consent-Treatment/Procedures

I have read this form and talked with my therapist. I understand the potential benefits and risks of the proposed therapeutic evaluation and treatment at this point in time, as well as other types of evaluation and treatment.

I consent to have the therapy described to me given under the care of my therapist. Other care givers may also assist.

**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 so.

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 AM PM Pager# See Spanish Version

See Spanish Version  
Interpreter or Reader Signature (if applicable)

See Spanish Version  
Witness Signature\*

See Spanish Version  
Print Interpreter or Reader Name

See Spanish Version  
Print Witness Name

See Spanish Version AM PM  
Date Time

See Spanish Version AM PM  
Date Time

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