



Plan de tratamiento terapéutico

Ayúdenos a procesar rápidamente la reclamación para nuestro afiliado:

Díganos:

- ¿Ha respondido a las preguntas?
- ¿Ha firmado el formulario?

Envíe el formulario cumplimentado a:

Cárguelo o envíelo por correo electrónico a:

axaglobalhealthcare.com/customer

Fax: +44 (0) 1892 508256

Dirección postal: International Customer Service
AXA Global Healthcare (UK) Limited, Phillips House,
Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, UK

1 Información del paciente

Nombre

Número de afiliación/número de cliente

Fecha de nacimiento del paciente

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Número de reclamación

2 Información del terapeuta

Nombre

Tipo de terapeuta

- Fisioterapeuta
- Quiropráctico
- Osteópata
- Acupuntor
- Homeópata
- Otro, especifíquelo abajo

¿El paciente fue referido a usted?

- No
- Sí ► En caso afirmativo, indique el nombre de la persona que refirió al paciente

Seleccione su modo de contacto preferido

Número de teléfono

Número de fax

Correo electrónico

Continúa en la siguiente página

5 Plan de tratamiento

¿País en el que se está llevando a cabo el tratamiento?

Resuma el tratamiento hasta la fecha actual, y proporcione un plan de tratamiento o programa de asistencia propuesta y su duración esperada, que incluye:

- la cantidad de sesiones adicionales que se proponen
- cualquier recomendación/programas de ejercicios para realizar en casa
- cualquier otra información importante.

Adjunte, si es posible, una copia de las cartas de médicos más recientes.

Número de sesiones

Duración de cada sesión

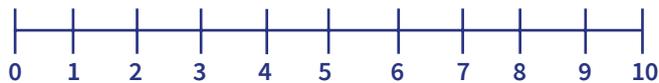
Según la escala EVA, ¿cuál es el nivel de dolor del paciente?

0 – 10 Escala visual analógica del dolor (EVA)

Sin dolor

Dolor moderado

Dolor insoportable



¿Cuál es el rango de movimiento del paciente?

¿Esta condición afecta las actividades de la vida diaria?

Sí No

En caso afirmativo, proporcione más información

¿Cuándo se remitirá al paciente de nuevo para revisión de especialista/ortopédica?

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

¿Cuál es el plan actual de cuidado de reducción?

6 Su firma

Soy el terapeuta de este paciente y confirmo que la información que proporcioné es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que si parte de la información es incorrecta, esto puede afectar la reclamación de mi paciente por gastos de atención médica.

Firma

Nombre

Fecha

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---