

AUTORIZACION: Doy consentimiento a cualquier tratamiento medico/examen fisico que sea requerido para mi o para el menor mencionado por lo cual yo soy legitimamente responsable.

ASIGNACION: Yo doy mi permiso para el pago de los beneficios por los servicios recibidos a la oficina del Spine Center. Yo comprendo que soy responsable financieramente por todos los cargos, esten o no esten cubiertos por la compania de seguro.

HISTORIA MEDICA: Por este medio se autoriza que se divulgue cualquier informacion que sea necesaria para el procesamiento de esta reclamacion. Una copia de esta autorizacion es tan valida como el original. Nosotros no podemos aceptar responsabilidad para el cobro de su reclamacion de seguro o por hacer negociaciones para el arreglo de una reclamacion que este en dispute.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de el/la menor: _____

REGISTRO DE PACIENTE

Apellido _____
Nombre _____ Inicial _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____
Codigo Postal _____ Sexo ___ M ___ F
Ocupacion ___ Empleado ___ Estudiante
Nombre de Trabajo/Escuela _____

Tel de Casa () _____
Tel de Trabajo () _____ Ext. _____
Fecha de Nacimiento _____
No. de Seguro Social _____
Estado Civil ___ Soltero(a) ___ Casado(a)
___ Viudo(a) ___ Separado ___ Divorciado(a)
Referido por _____

EN CASO DE QUE NO PUEDA COMUNICARSE CON PERSONA(S) RESPONSABLE, NOTIFIQUE A:

___ Esposo (a) ___ Hijo(a) ___ Otro _____
Nombre: _____
Domicilio _____
Ciudad _____

Tel de Casa () _____
Tel de Trabajo () _____ Ext. _____
Estado _____ Codigo Postal _____

INFORMACION DEL PACIENTE (Llene solamente si paciente no es persona responsable de pagar)

Apellido _____
Nombre _____ Inicial _____
Fecha de Nacimiento _____
Relacion a persona(s) responsable de pagar
___ Esposa ___ Esposo ___ Hijo(a) ___ Padres ___ Otro

Estado Civil ___ Soltero(a) ___ Casado(a)
___ Viudo(a) ___ Separado(a) ___ Divorciado(a)
Ocupacion ___ Empleado ___ Estudiante
No. de Seguro Social _____
Sexo ___ M ___ F

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

HOJA DE REFERENCIA PARA PACIENTES NUEVOS O PACIENTES CON UN NUEVO PROBLEMA

Si Usted desea que se le saque una radiografía mientras espera a ser atendido(a) por el médico, por favor comuníquese de inmediato a la persona que se encuentra en el área de recepción o bien al asistente del médico.

Medicare y las compañías aseguradoras nos requieren para que les demos información relacionada con su historial clínico cuando Usted presente un nuevo problema. Por lo tanto, le agradeceríamos que llenara el siguiente cuestionario mientras espera a ser atendido(a) por el doctor. Agradecemos de antemano su cooperación.

1. **Principal queja** (Breve explosión del problema): (Ejemplo: Sufrí una caída en el trabajo y me lastimé la rodilla izquierda). _____

2. **Historial:** Es usted: Derecho(a) Zurdo

Edad: _____ Por favor describa en que consiste su trabajo (Ejemplo: operador de maquinaria)

Area en que se ubica el problema a ser examinado el día de hoy: _____

Fecha en que se produjo la lesión: _____ Breve descripción de la lesión: _____

Donde y cuando fue Usted atendido por primera vez respecto de este problema: _____

Si usted puede recordar, por favor proporciónenos una lista con el (los) nombre(s) del (los) doctor(es) que lo(la) atendieron con motivo de este problema y de ser posible las fechas aproximadas en que se le atendió: _____

Por favor infórmenos si se le practicó algún examen en relación con esta lesión:

Rayos-X MRI (resonancia magnética) artograma orina/cultivo
 EMG CAT scan ultrasonido escán de los huesos otro

Por favor infórmenos, en su caso, si ha recibido algún tratamiento para este padecimiento:

terapia fisica masajes atención clinica ajustamiento quiropractico
 otro _____

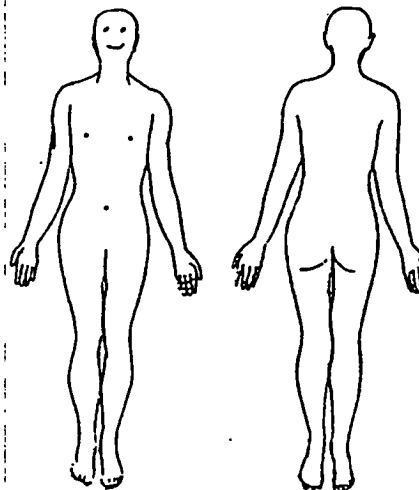
Si ha tomado algún medicamento que le haya sido recetado para el tratamiento de este padecimiento, por favor infórmenos cual o cuales: _____

Ha sufrido con anterioridad alguna lesión en la misma área?

si no En caso afirmativo, aproximadamente en que fecha: _____

Notas Clinicas (para uso exclusivo del doctor)

Por favor marque con XXX el area en la que se ubica el problema.



POR FAVOR CONTINÚE LLENANDO EL REVERSO DE ESTE CUESTIONARIO

3. Historia laboral:

Patrón: _____ Tipo de trabajo desempeñado _____

Tiempo que tiene laborando para este patrón _____

Si no se encuentra actualmente laborando, es Usted: retirado____, desempleado____, incapacitado____, ama de casa____, estudiante____

4. Historia clinica

____diabetes ____cancer ____infección ósea ____marca paso
____hipertensión ____epilepsia ____gota ____metales en cuerpo
____problemas cardiacos ____problemas gastrointestinales ____problemas estomacales
____pérdida reciente de peso____kilos ____problema de riñon/vejiga ____otro

Si ha Usted sido intervenido quirúrgicamente por favor especifique que tipo de cirugía y las fechas aproximadas:

5. Es Usted alérgico a algún medicamento (ejemplo: penicilina, yodo, látex, aspirina) _____

6. Si Usted esta tomando algún medicamento actualmente por favor infórmenos cual o cuales _____

7. Datos personales

Estado civil: ____casado(a) ____viudo(a) ____soltero(a) ____divorciado(a)

Número de hijos o dependientes económicos: _____

Fuma: ____no ____si En caso afirmativo cuantos cigarrillos fuma al día: _____

Cuanto tiempo lleva fumando _____

Ingiere Usted bebidas alcohólicas ____no ____si En caso afirmativo que tipo y cuanto por Semana

8. Historia familiar (alguien de su familia ha padecido alguna enfermedad como cáncer, tuberculosis, diabetes, etc.) En caso afirmativo por favor háganoslo saber: _____

9. Tiene Usted algún tipo de problema con algún (os) de los sistemas u órgano(s) que se mencionan a continuación: (por favor marque con una X)

____cabeza ____garganta ____intestinos ____circulación
____ojos ____corazón ____vejiga ____other
____oídos ____pulmones ____estómago
____nariz ____órganos femeninos ____piel

Hay alguna otra información que desee proporcionale al doctor _____

Salud de la mujer

Cuestionario relacionado con la osteoporosis: (favor de encerrar en un círculo las respuestas correspondientes)

- Ha llegado ya a la menopausia, se le ha practicado alguna histerectomia o toma algún medicamento para la tiroides o que contenga cortisona.
- Se ha fracturado algún hueso despues de los 40 años?
- Fuma usted actualmente o ha fumado Usted en el pasado?
- Ha perdido Usted 1 pulgada de altura?
- Padeció o padece su madre de osteoporosis?

Si Usted contesto afirmativamente a tres o más de estas preguntas, por favor contemple la posibilidad de platicarlo con su doctor para ver si es conveniente que se someta a un examen tendiente a detectar si Usted padece de osteoporosis.