



Fecha: \_\_\_\_\_ Médico al que consulta: \_\_\_\_\_

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género (encierre en un círculo): MASCULINO FEMENINO

Nro. de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nro. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de un contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Médico que deriva: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo la opción que corresponda: SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO

Raza (encierre su respuesta en un círculo): ASIÁTICO AFROAMERICANO HISPANO INDÍGENA LATINO BLANCO

OTRA: \_\_\_\_\_

Etnia (encierre su respuesta en un círculo): Hispano/Latino No hispano/Latino Me rehúso a responder

¿Su lesión está relacionada con el trabajo? (encierre su respuesta en un círculo) SÍ NO

Nombre del perito: \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono: \_\_\_\_\_

**Seguro** (marque lo que corresponda): Seguro \_\_\_\_\_ Pago por cuenta propia \_\_\_\_\_

Compañía de seguro primario: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_

Nro. de ID de miembro: \_\_\_\_\_ Nro. de grupo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro secundario: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_

Nro. de ID de miembro: \_\_\_\_\_ Nro. de grupo: \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta que DFW CENTER FOR SPINAL DISORDERS no trata lesiones ocasionadas por accidentes en los que el incidente sea responsabilidad de un tercero (es decir, un seguro de vivienda, un seguro de automóvil, etc.). DFW CENTER FOR SPINAL DISORDERS solo tramita reclamos a seguros personales y de compensación a los trabajadores, y toda cita realizada bajo cualquier otra circunstancia será cancelada. He completado la información anterior en la medida de mis capacidades, y es verdadera en su totalidad a mi leal saber y entender.*

Firma del paciente (o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

COMPLETE ESTE DOCUMENTO EN SU TOTALIDAD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Enumere todas las alergias conocidas y los tipos de reacciones:**

¿Es alérgico al látex?  Sí  No

**Antecedentes médicos y problemas de salud actuales:**  Ninguno

**Marque todos los síntomas que presente actualmente o de forma crónica:**

<b>S</b> <u>Síntomas generales</u>	<b>S</b> <u>Ojos</u>	<b>S</b> <u>Sistema gastrointestinal</u>	<b>S</b> <u>Sistema genitourinario</u>
Fatiga	Pérdida de la visión	Diarrea	Incontinencia
Fiebre/escalofríos	Usa anteojos/lentes de contacto	Acidez/reflujo	Problemas renales
Aumento de peso reciente	<b>S</b> <u>Sistema endocrino</u>	Problemas hepáticos	Síntomas menopáusicos
Pérdida de peso reciente	Sed constante	Náuseas/vómitos	<b>S</b> <u>Sistema neurológico</u>
<b>S</b> <u>Oídos, nariz, boca v garganta</u>	Aumento/disminución del apetito	Úlceras	Desmayos/pérdidas del conocimiento
Dentaduras/puentes/aparatos de ortodoncia	Sensibilidad al frío/calor	<b>S</b> <u>Sistema hematológico/linfático</u>	Coordinación deficiente
Pérdida de la audición	Enfermedad de la tiroides	Anemia	Convulsiones
Lesiones bucales	Diabetes	Problemas hemorrágicos	Accidente cerebrovascular/parálisis
Hemorragias nasales	<b>S</b> <u>Sistema cardiovascular</u>	Trombosis venosa profunda/coágulos sanguíneos	Debilidad
Zumbido en los oídos	Hinchazón de tobillos	Propensión a hematomas	<b>S</b> <u>Psiquiátricos</u>
Infecciones sinusales	Dolor de pecho/ataque cardíaco	Lupus	Ansiedad
<b>S</b> <u>Sistema tegumentario (piel)</u>	Presión arterial alta/baja	<b>S</b> <u>Sistema musculoesquelético</u>	Depresión
Cáncer	Latidos irregulares	Fractura de huesos	Dependencia a sustancias
Picazón	<b>S</b> <u>Sistema respiratorio</u>	Dificultad al caminar	Problemas para dormir
Erupción	Asma	Dolor en las articulaciones	
Problemas relacionados con la piel	Tos con sangre	Rigidez en las articulaciones	
	Dificultad para respirar	Hinchazón de las articulaciones	
	Tos con expectoración	Usa un bastón/andador/silla de ruedas	
	Se despierta con falta de aliento		

**Antecedentes médicos familiares:**

Sin antecedentes conocidos

**Estilo de vida social:**

Consumo de alcohol  S  N En caso informativo, indique la cantidad: \_\_\_\_\_  
Consumo de drogas ilegales:  S  N En caso afirmativo, indique de qué tipo: \_\_\_\_\_  
Abuso de medicamentos recetados  S  N En caso afirmativo, indique de qué tipo: \_\_\_\_\_  
Consumo de tabaco  S  N En caso afirmativo, indique la cantidad diaria \_\_\_\_ / años \_\_\_\_  
¿Está interesado en dejar de fumar?  S  N

**COMPLETE ESTE DOCUMENTO EN SU TOTALIDAD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Lista de medicamentos y dosis:**

Consultar la lista proporcionada por el paciente

---

---

---

---

---

**Lista de cirugías:**

Consultar la lista proporcionada por el paciente

Procedimiento	Año

¿Ha tenido problemas con la anestesia en el pasado? S      N

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

---

Estatura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

**Motivo principal de consulta:**

Motivo de su consulta el día de hoy: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión o el inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Describa cómo ocurrió la lesión o el problema: \_\_\_\_\_

¿Qué tratamientos ha probado? : \_\_\_\_\_

**He completado la información anterior en la medida de mis capacidades, y es verdadera en su totalidad a mi leal saber y entender.**

**Firma del paciente (o tutor):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**COMPLETE ESTE DOCUMENTO EN SU TOTALIDAD**

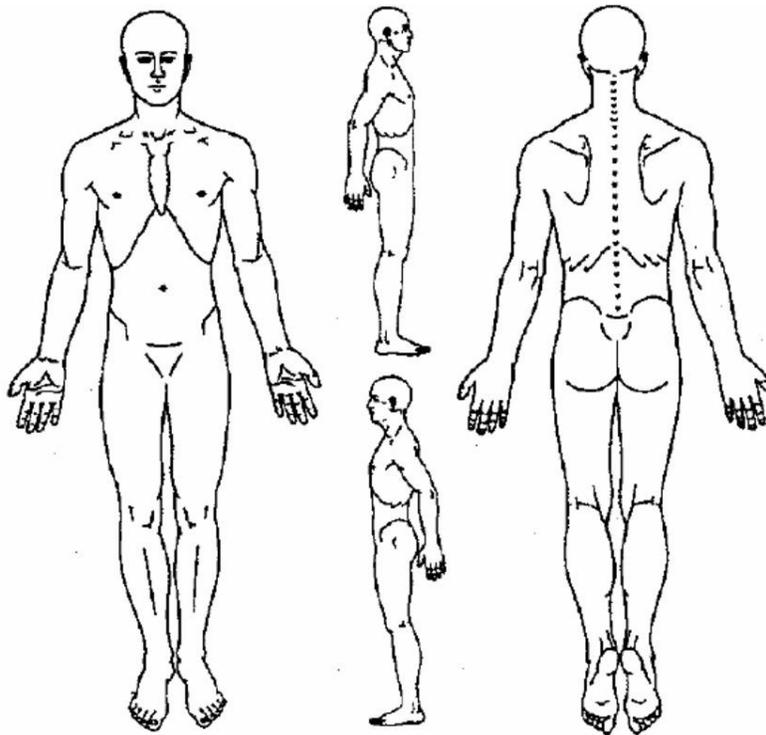
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

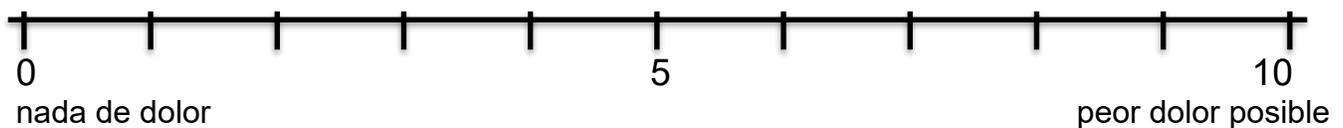
### Diagrama de dolor

Indique la zona de la lesión o la molestia que presenta en el gráfico a continuación utilizando los símbolos correspondientes.

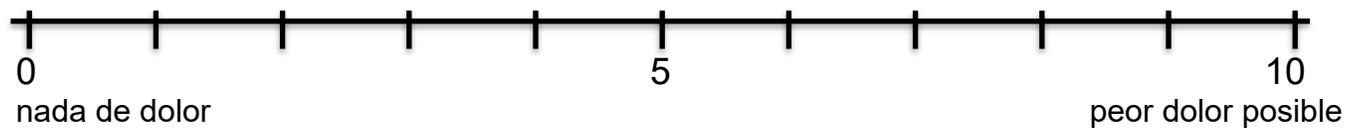
Entumecimiento	Hormigueo	Ardor	Dolor	Dolor punzante
-----	o o o o	^ ^ ^ ^	x x x x	⊗ ⊗ ⊗ ⊗
-----	o o o o	^ ^ ^ ^	x x x x	⊗ ⊗ ⊗ ⊗
-----	o o o o	^ ^ ^ ^	x x x x	⊗ ⊗ ⊗ ⊗



**INDIQUE EN LA LÍNEA:** ¿Cuán intenso es su dolor de espalda/cuello actual?



¿Cuán intenso es su dolor de brazos/ piernas actual?



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **Acuse de recibo y aceptación del aviso y las prácticas de privacidad (HIPAA)**

Confirmando que se me ha dado la oportunidad de leer las Prácticas de Privacidad del consultorio. Doy mi consentimiento para divulgar información personal con fines de tratamiento, investigación, derivaciones y operaciones de pago o atención médica, y comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito.

Entiendo que mis registros médicos se pueden transmitir de forma electrónica por fax y que pueden ser recibidos por terceros por error. En el caso de que esto ocurra, eximo al consultorio de toda responsabilidad. Doy mi consentimiento para enviar mis registros por fax con fines de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, y comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito.

Asimismo, comprendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a la manera en la que se puede usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto en el caso de que ya se hayan realizado divulgaciones en función de un consentimiento previo.

Otras personas autorizadas a recibir mis registros médicos aparte de las indicadas en el párrafo uno:

- Sin restricciones: se puede divulgar información a cualquier persona si es necesario.  
 Restricciones: Indique con quién podemos compartir información sobre su atención médica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Deseo que me contacten de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):**

Nro. de teléfono particular: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Nro. de teléfono celular: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

- Se me pueden dejar mensajes con información detallada.  
 Dejar mensajes únicamente con un número para regresar la llamada.

Nro. de teléfono del trabajo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

- Se me pueden dejar mensajes con información detallada.  
 Dejar mensajes únicamente con un número para regresar la llamada.

Firma del paciente (o tutor): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**COMPLETE ESTE DOCUMENTO EN SU TOTALIDAD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Políticas del consultorio:**

Bienvenido a DFW Center for Spine Disorders. Sabemos que cuenta con opciones para su atención médica y nos complace que nos haya elegido para proporcionarle cuidados. Tenga en cuenta que nuestros consultorios están integrados por cuatro médicos, un centro de cirugía ambulatoria y un centro de fisioterapia. Debido a que los servicios se prestan en tres áreas separadas, los tiempos de espera varían en función de la cantidad de pacientes que reciban tratamiento en las distintas áreas. No se alarme si se llama antes que a usted a una persona que haya llegado después, dado que puede recibir atención en un área diferente. Siempre y cuando se registre, nuestra recepcionista procesará su documentación y se encargará de que lo atiendan lo antes posible. Es de suma importancia que notifique a la recepcionista cualquier cambio de dirección, número de teléfono o seguro **antes** de que lo atiendan.

**Solicitud de recetas:**

Comuníquese con su farmacia para solicitar la reposición de medicamentos. Su farmacia notificará a nuestro consultorio su solicitud de reposición. Requerimos 24 horas para procesar las solicitudes de reposición. Tenga en cuenta que es posible que las solicitudes de reposición recibidas los viernes o días festivos no se autoricen hasta el siguiente día hábil. (NOTA: El Dr. Tinley no renueva recetas de narcóticos sin verlo en el consultorio.)

**Preguntas clínicas:**

Si llama a nuestro consultorio para hacer una pregunta clínica, tenga en cuenta que nuestros médicos y personal de enfermería están ocupados durante el día y no se les puede pedir que dejen de atender a otros pacientes para hablar con usted. Nuestra recepcionista le transmitirá su mensaje a nuestro personal clínico y ellos le devolverán la llamada tan pronto como sea posible. (NOTA: si se sometió a una cirugía recientemente, infórmele a nuestra recepcionista cualquier problema que presente y ella notificará de inmediato a un miembro de nuestro personal clínico.)

**Formularios para pacientes:**

Tenga en cuenta que cobramos \$25.00 para completar la siguiente documentación:

AFLAC

FMLA

Discapacidad

Requerimos entre 4 y 5 días para completar cualquier documentación.

He leído la información anterior y la comprendo por completo.

**Firma del paciente (o tutor):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**LEA EL DOCUMENTO DETENIDAMENTE Y FÍRMELO**



## **FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / REPRESENTANTE AUTORIZADO CONFORME A ERISA**

### Asignación de beneficios de seguro – Designación como Representante Legal Autorizado

Por el presente, asigno todos los beneficios de seguro de salud aplicables y todos los derechos y las obligaciones que mis dependientes y yo tenemos en virtud de mi plan de salud a DFW Center for Spinal Disorders y sus representantes (en adelante, "Mis Representantes Autorizados"), y los designo como mis representantes autorizados con la facultad de hacer lo siguiente:

- ✓ Presentar reclamos médicos al plan de salud
- ✓ Presentar apelaciones y quejas al plan de salud
- ✓ Discutir o divulgar cualquier parte de mi información personal de salud o la de mis dependientes con cualquier tercero, incluido el plan de salud

Certifico que la información sobre el seguro médico que proporcioné a DFW Center for Spinal Disorders es correcta a la fecha que se indica a continuación y que soy responsable de mantenerla actualizada.

Soy plenamente consciente de que tener un seguro médico no me exime de mi responsabilidad de garantizar que mis facturas por servicios profesionales de DFW Center for Spinal Disorders se paguen en su totalidad. Asimismo, comprendo que soy responsable de todos los importes no estén cubiertos por mi seguro médico, como copagos, coseguros y deducibles.

### Autorización para divulgar información

Por el presente, autorizo a Mis Representantes Autorizados a: (1) divulgar cualquier información que sea necesaria a mi plan de beneficios de salud (o su administrador) con respecto a mi enfermedad y mis tratamientos; (2) procesar reclamos de seguro generadas en el transcurso del examen o tratamiento; y (3) permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar reclamos de seguro. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que la revoque por escrito.

### Autorización de ERISA

Por el presente designo, autorizo y transmito a Mis Representantes Autorizados, en toda la extensión permitida por la ley y en virtud de toda póliza de seguro o plan de beneficios de atención médica para empleados aplicable: (1) el derecho y la capacidad de actuar como mis Representantes Autorizados en relación con cualquier reclamo, derecho o causa de acción, incluidos los litigios contra mi plan de salud (incluso para nombrarme demandante en acciones tales), que pueda tener bajo dicha póliza de seguro o dicho plan de beneficios; y (2) el derecho y la capacidad de actuar como mis Representantes Autorizados para ejercer dichos reclamos, derechos o causas de acción en relación con dicha póliza de seguro o dicho plan de beneficios, lo que comprende, a mero título enunciativo, el derecho y la capacidad de actuar como mis Representantes Autorizados con respecto a un plan de beneficios regido por las disposiciones de la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act) ERISA en virtud de lo estipulado en 29 C.F.R. §2560.5031(b)(4) en relación a cualquier gasto de atención médica incurrido como resultado de los servicios que reciba del Proveedor y, en la medida en la que lo permita la ley, de reclamar en mi nombre tales beneficios, reclamos o reembolsos, y cualquier otro recurso aplicable, incluso multas. Autorizo la comunicación con el Proveedor y sus representantes autorizados por correo electrónico. Mi dirección de correo electrónico es \_\_\_\_\_.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Una fotocopia de esta Asignación/Autorización será tan efectiva y válida como la original.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha