

FORMA DE REGISTRACION DEL PACIENTE

NOMBRE		TEL. CASA	TEL. TRABAJO
DIRECCION		APT. #	CELL #
		SE LE PUEDE CONTACTAR AL TRABAJO <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	
CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL		DIRECCION ELECTRONICA	
<input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL <input type="radio"/> S <input type="radio"/> C <input type="radio"/> O <input type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> V	FECHA DE NACIMIENTO / /	EDAD
EMPLEADOR		DIRECCION DEL EMPLEADOR	SU OCUPACION
CONTACTO DE EMERGENCIA		DIRECCION	NUM. DE TELEFONO
DOCTOR PRIMARIO		NUM. TELEFONO	FECHA DE ULTIMA VISITA / /
REFERIDO POR: <input type="radio"/> PAGINAS AMARILLAS <input type="radio"/> ABOGADO <input type="radio"/> LIBRO DE ASEGURANZA <input type="radio"/> AMIGO/OTRO QUIEN: _____		RAZON DE SU VISITA: <input type="radio"/> QUIROPRACTICO <input type="radio"/> ACUPUNCTURA <input type="radio"/> TERAPIA DE MASSAGE (MARQUE LO QUE APLIQUE)	

INFORMACION DE ASEGURANZA / METODO DE PAGO

COMO PAGARA SU VISITA? <input type="radio"/> EFECTIVO <input type="radio"/> CHEQUE <input type="radio"/> TARJETA DE CRED.	<input type="radio"/> ASEGURANZE DE SALUD GENERAL	<input type="radio"/> ASEGURANZA DE COMPENSACION DEL TRABAJADOR	<input type="radio"/> AUTO INSURANCE
POR FAVOR INDIQUE MARKCANDO SI O NO SI ES QUE TIENE BENEFICIOS DE SALUD (ASEGURANZA) DISPONIBLE SOBRE H.E.R.E.I.U./CULINARY HEALTH FUND <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO (CULLOS INCLUYEN LOCAL 226-CULINARIA, LOCAL 369-MUSICOS, LOCAL 165-CANTINEROS ,LOCAL 720-AYUDANTES DE ESENARIO)			
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SURO		NOMBRE DE PERSONA ASEGURADA	
DIRECCION	RELACION CON EL ASEGURADO(A) <input type="radio"/> USTD. <input type="radio"/> ESPOSO <input type="radio"/> HIJO <input type="radio"/> OTRO	NUM. SOC. DEL ASEGURADO	
CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL		NUM. DE TELEFONO	
NUM. DE POLIZA	NUM. DE GRUPO	NUM. DE RECLAMACION	
TIENE ASUGURANZA SECUNDARIA? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGURO	NUMERO DE POLIZA	

AUTORIZACION DE DAR INFORMACION DEL PACIENTE / CONVENIO FINANCIAL

YO, POR ESTE MEDIO AUTORIZO A THE PAIN CLINIC, INC. QUE TRASPASEN CUALQUIER INFORMACION NECESARIA A MI COMPAÑIA DE SUGURO Y A SUS REPRESENTANTES PARA OBTENER PAGO DE MIS BENEFICIOS. YO, TAMBIEN AUTORIZO Y PIDO QUE MI COMPAÑIA DE SEGURO PAGUE DIRECTAMENTE AL MEDICO LA CANTIDAD DEBIDA POR LOS SERVICIOS DADOS. YO ADEMAS CONCUERDO QUE SERE RESPONSABLE POR TODOS LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS, CO-PAGOS, DEDUCIBLES Y CO-ASEGURANZAS. YO ENTIENDO Y CONCUERDO QUE SOY ULTIMAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER PAGO DE TODOS LOS CARGOS DE MI TRATAMIENTO. CUENTAS DELINCUENTES PODRIAN SER SUBJETAS A COLLECCION POR UNA AGENCIA DE COLLECCION O UN ABOGADO. CUENTAS SERAN CONSIDERADAS DELICUENTES SI NO SON PAGADAS EN 90 DIAS. EN LA SITUACION QUE SU CUENTA SEA DADA A UNA AGENCIA DE COLECCION O ABOGADO, USTED SERA RESPONSABLE POR CUALQUIER Y TODOS LOS COSTOS RASONABLES DE COLECCION Y CORTE. YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

FECHA

CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA HIJOS MENORES

NOMBRE COMPLETO DE PADRE O GUARDIAN: _____ NOMBRE COMPLETO DE HIJO(A): _____

YO, _____ POR ESTE MEDIO AUTORIZO _____

_____ A VEER A MI HIJO(A) _____.

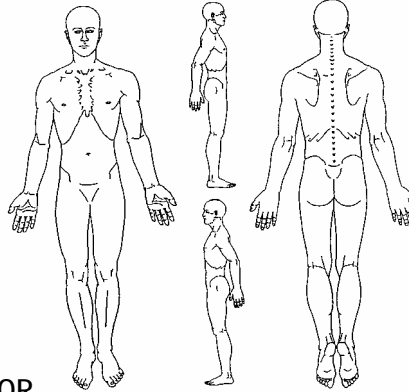
FIRMA DE PADRE O GUARDIAN

FECHA

HISTORIA DE SALUD

POR FAVOR INDIQUE REGION DE QUEJA

<input type="radio"/> DOLOR DE CABEZA
<input type="radio"/> DOLOR DE CUELLO
<input type="radio"/> DOLOR DE ESPALDA SUPERIOR/MEDIA
<input type="radio"/> DOLOR DE ESPALDA BAJA
<input type="radio"/> DOLOR DE HOMBRO-CODO-MUÑECA-MANO
<input type="radio"/> DOLOR DE CADERA-RODILLA-TOBILLO-PIE
<input type="radio"/> OTRO



USE LAS LETRAS DE ABAJO PARA INDICAR EL TIPO Y LOCALIZACION DE SU DOLOR Y SENSACIONES...

- CLAVE**
A = DOLOR
B = QUEMAZON
S = CUCHILLADAS
N = ADORMECIMIENTO
P = AGUJA/ALFILERES
O = OTRO

POR FAVOR CIRCULE LA INTESIDAD DEL DOLOR

NO HAY DOLOR DOLOR EXTREMO

1. AHORITA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. CUANDO PEOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. EN SU MEJOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



HISTORIA MEDICA

SI NO

<input type="checkbox"/> CONDICION ARTRITICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> LISTE MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE CORAZON	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> PRESION DE SANGRE ALTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> ALERGIAS A MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> CONDICION VASCULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS PULMONARES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES COMUNES DE INFANCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> ALERGIAS
<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES INUSUALES DE INFANCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> EMBARAZADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> EJERCISIO REGULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> ESTATURA
<input type="checkbox"/> FUMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> PERO
<input type="checkbox"/> ALCOHOL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> LISTE SIRUGIAS
<input type="checkbox"/> ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> MEDICINAS ANTICONCEPTIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-
<input type="checkbox"/> OTROS			
<input type="checkbox"/>			

ESTA CONDICION ES RELACIONADA CON UNA LASTIMADURA? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO SI NO, POR FAVOR SIGUA ALA SIGUIENTE PAGINA	
NATURALEZA DE LASTIMADURA	<input type="radio"/> AUTO / OTRO FAVOR DE PROCEDEER A SECCION #1 <input type="radio"/> COMPENSACION DEL TRABAJADOR FAVOR DE PROCEDEER A SECCION # 2

SECCION #1 – LASTIMADURA PERSONAL

FECHA DE ACCIDENTE / /	HORA <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	LUGAR DE ACCIDENTE	
<input type="radio"/> AUTO V AUTO	<input type="radio"/> AUTO V CAMIONETA	<input type="radio"/> MOTOCICLETA	<input type="radio"/> AUTO V AUTOBUS
<input type="radio"/> AUTO V PEATON	<input type="radio"/> RESVALO & CAIDA	<input type="radio"/> OTRO	
POR FAVOR DESCRIBA LASTIMADURA			
<input type="radio"/> CHOFER <input type="radio"/> PASAJERO	<input type="radio"/> ASIENTO DELATERO <input type="radio"/> ASIENTO TRASERO	TRAIA PUESTO EL CINTURON DE SEGURIDAD O RESTRINGIDOR DE HOMBRO?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
GOLPEO PARTES DEL CUERPO?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SI, POR FAVOR LISTE	
TRATAMIENTO DE EMERGENCIA?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SI, EN DONDE?	
TRATAMIENTO PREVIO? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SI, POR QUIEN?		TIPO DE TRATAMIENTO
PERDIDA DE CONOCIMIENTO?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	ESTABA SANGRANDO?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
SE TOMARON RAYOS -X ?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SI, LISTE LAS AREAS	

SECCION # 2 COMPENSACION DEL TRABAJADOR

RELACIONADO CON EL TRABAJO? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SI, ALGUNA PERDIDA DE TRABAJO? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	A LLENADO FORMAS EN SU TRABAJO? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
NOMBRE DE COMPAÑIA		
DIRECCION		
CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL		
TIPO DE NEGOCIO		
OCUPACION	NOMBRE DE SUPERVISOR	
FECHA DE LASTIMADURA	HORA DE LASTIMADURA <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	FECHA DE ULTIMO DIA TRABAJADO
DESCRIBA LASTIMADURA		
LASTIMADO EN [LOCACION - CALLE – CIUDAD – ESTADO – CODIGO POSTAL]		

RECONOCIMIENTO DE RECIBIMIENTO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS

Yo, _____, RECONOSCO QUE HE RECIBIDO, REPASADO, ENTIENDO Y CONCUERDO CON LA NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS DE **THE PAIN CLINIC, INC.**, QUE DESCRIBE LAS POLIZAS DE LA PRACTICA Y PROSEDIMIENTOS TOCANTE EL USO Y DESCUBRIMIENTO DE CUALQUIERA DE MI INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA CREADA, RECIBIDA O MANTENIDA POR LA PRACTICA.

FECHA

FIRMA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FOR OFFICE USE ONLY IF NOTICE NOT PROVIDED TO PATIENT

THE PRACTICE HAS MADE A GOOD-FAITH EFFORT TO OBTAIN AN ACKNOWLEDGEMENT OF _____'S RECEIPT OF OUR PRIVACY PRACTICES. IN SPITE OF THESE EFFORTS, THE PRACTICE HAS BEEN UNABLE TO OBTAIN A SIGNED ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT FOR THE FOLLOWING REASONS (CHECK ALL THAT APPLY):

- PATIENT UNAVAILABLE
- PATIENT PHYSICALLY UNABLE
- PATIENT UNWILLING

IN AN EFFORT TO OBTAIN THE PATIENTS ACKNOWLEDGEMENT, THE PRACTICE HAS ATTEMPTED TO PROVIDE PATIENT WITH A NOTICE OF PRIVACY PRACTICES IN THE FOLLOWING MANNER (CHECK ALL THAT APPLY):

- PERSONALLY
- MAIL
- PHONE FOLLOW UP
- OTHER: _____

DATE

SIGNATURE

PRINT NAME