

Formulario de Información del paciente

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Teléfono Hogar : _____ Celular: _____ Número Seguro Social : _____

Licencia Conducción #: _____ Estado que expidió Licencia: _____ Sex: M F

Marital Status: S C D V

Médico Primario (PCP): _____ Teléfono: _____

Fax: _____

Médico que refiere: _____ Teléfono: _____

Fax: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Raza: _____

Etnicidad: _____

Persona de contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Accidente relacionado con el trabajo / Accidente de tránsito (vehicular)

Compania de Seguro: _____ Fecha del Accidente: ____/____/____

Case Manager: _____ Teléfono: _____

Si hay abogado en el caso Nombre: _____ Teléfono: _____

Si el paciente es menor de edad, complete:

Nombre Padre: _____

Nombre Madre: _____

Empleador: _____

Empleador: _____

Cargo: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____ Fecha Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Fecha Nacimiento: _____

Información del Seguro Primario:

Nombre Compania: _____ ID #: _____

Nombre de grupo o #: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Número de Seguro Social: _____ Nombre Empleador: _____

Relación del asegurado con el paciente: _____

Información del Seguro Secundario:

Nombre Compania: _____ ID #: _____

Nombre de grupo o #: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Número de Seguro Social: _____ Nombre Empleador: _____

Relación del asegurado con el paciente: _____

GARANTÍA DE PAGO:

Entiendo que soy el directo responsable de los pagos por todos los servicios médicos recibidos. También entiendo que todas las facturas son pagaderas y deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos en caso de que sea necesario presentar una demanda para efectuar el pago. Autorizo que los pagos se realicen directamente a mi médico.

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo a los médicos en esta oficina a divulgar cualquier información obtenida en el curso de mi examen y de mi tratamiento a mi compañía de seguros con el fin de procesar cualquier reclamo de seguro.

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Si esta oficina presenta los reclamos de seguro en mi nombre, autorizo el pago directo de cualquier beneficio a los médicos en esta oficina por el tratamiento médico o quirúrgico que reciba. En esta circunstancia, entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro. Permito que se use una copia de la autorización en lugar del original.

Firma : _____ FECHA: _____

Autorización para compartir información protegida de salud:

Autorización: Yo _____, autorizo a **Blue Water Pain Solutions DBA/ Florida Pain Center** para divulgar o discutir información relacionada con mi afección médica (incluida información relacionada con mi plan de tratamiento, información sobre medicamentos y / o información de facturación) a las siguientes personas:

Nombre 1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

* Tenga en cuenta que a cualquier persona no incluida en esta lista no se le proporcionará información relacionada con su atención, incluida la información de facturación. Puede cambiar, restringir o expandir esta lista en cualquier momento.

**No tiene que incluir nombres en la lista si no lo desea.

Firma paciente: _____ Fecha : _____

Declaración de voluntad anticipada: Tiene alguna declaración de voluntad anticipada/ testamento? **SI NO**
Si la tiene, por favor aporte una copia para nuestros registros. Si no, por favor informar si necesita información.

Aceptación de aviso de Notificación de Prácticas de Privacidad: Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad para la compañía y sus subsidiarias y afiliadas. El Aviso de Prácticas de Privacidad se debe proporcionar de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996, modificada periódicamente, incluida la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (el " HITECH Act "), Título XIII de la División A y Título IV de la División B de la Ley de Recuperación y Reinversión de Estados Unidos de 2009 y cualquier reglamento implementado. **Fecha de vigencia del aviso: 23 de septiembre de 2013**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma Representante del paciente: _____ Fecha: _____

Póliza financiera

El propósito de este formulario le permite a Blue Water Pain Solutions (DBA Florida Pain Center) realizar su tratamiento y facturar a cualquier seguro que nos brinde, compartir información con otras oficinas / instalaciones de atención médica y cobrar en su cuenta.

Los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos son responsabilidad del paciente / garante y se esperan al momento del servicio. Autorizo el tratamiento por parte de los proveedores de Blue Water Pain Solutions (DBA Florida Pain Center).

Autorizo la divulgación de cualquier información solicitada por las compañías de seguros o terceros responsables y asigno todos los beneficios o beneficios por lesiones a Blue Water Pain Solutions (DBA Florida Pain Center). Si no se proporciona el seguro correcto o no se obtiene la referencia adecuada, el paciente reconoce la responsabilidad total de la factura.

Reconozco que recibí o leí una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que me fue entregado con los formularios iniciales para pacientes nuevos que permanecerán presentes en mi historial.

Por la presente entiendo la política financiera de esta oficina. Garantizo el pago de todos los cargos incurridos por la cuenta del paciente. Además, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios razonables de abogados, honorarios de agencias de cobranza, costos judiciales y cualquier otro cargo relacionado con cobros incurrido en mi cuenta. También entiendo que mi empleador puede ser contactado para verificar el estado de empleo.

Necesidades especiales: Hay momentos en que hacer un pago puede ser una dificultad financiera. Si este es el caso, se requerirá un comprobante de dificultades y deberá proporcionarse para que se realicen arreglos especiales de pago ANTES DE RECIBIR EL TRATAMIENTO.

Los copagos están exentos según lo exija la ley y su compañía de seguros.

Debe notificarnos si se trata de una accidente de trabajo o accidente de tránsito para evitar costos financieros adicionales. Si no está cubierto por ningún seguro, infórmenos que es un autopago de su parte.

Tenga en cuenta nuestras tarifas para lo siguiente:

- Cuota por cheque devuelto depende de la cantidad pagada.
- Formas como FMLA, Disability, etc. \$35.00 cada una **PAGO EXACTO EN EFECTIVO EXCLUSIVAMENTE!**

Los copagos, el coseguro, los deducibles y los servicios no cubiertos, o los saldos impagos al momento del servicio, resultarán en nuestra imposibilidad para tratarlo.

Si se requiere un referido y no se obtiene, usted será responsable del pago de esos servicios. La incorrecta información proporcionada del seguro o los cambios en las políticas serán responsabilidad del paciente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del paciente: _____ Fecha: _____

Casos con abogado- Autorización para divulgar registros al abogado del paciente - Por la presente autorizo a Blue Water Pain Solutions, PA a proporcionar a mi abogado un informe completo de mi examen, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, cargos de facturación, etc., en relación con el accidente en el que estuve involucrado.

Nombre del abogado : _____ Teléfono del abogado: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Historial médico

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Ocupación: _____ Cuando empezó el problema: _____

Tipo de lesión: en el trabajo/relacionado con el trabajo en casa resbalón/caída Accidente de tránsito deportivo artritis

Ha podido trabajar por su herida? SI No Cuánto tiempo? _____

Ha sido visto en Emergencias? SI No Nombre del Hospital? _____

Ha realizado MRI del área lesionada? SI No Nombre del sitio? _____

Historia actual del dolor

Dolor Lumbar

- Dolor Lumbar solamente; no dolor en pierna
- Dolor Lumbar peor que dolor en pierna
- Dolor Lumbar y en pierna igual
- Dolor pierna peor que lumbar
- Solo dolor pierna no dolor lumbar

Neck Pain

- Dolor cuello, no dolor brazo
- Dolor cuello peor que dolor brazo
- Dolor cuello y brazo igual
- Dolor brazo peor que cuello
- Solo Dolor brazo;no dolor cuello

Peor nivel de dolor

- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Tiene alguno de los siguientes síntomas? Entumecimiento Hormigueo Sensación de alfileres y agujas

Tratamiento para su actual dolor incluyen: Medicamento Terapia Física Quiropráctico

Inyecciones Acupuntura Masaje Paquete frío /caliente Ejercicio/Estiramiento Unidad TENS

Historia Médica

Enfermedad	Cuándo fué diagnosticado	Tratamiento	Enfermedad	Cuándo fué diagnosticado	Tratamiento
Hipertensión			Desorden Circulatorio		
Problemas Cardiacos			Incontinencia (vejiga o intestino)		
Convulsiones			Enfermedad de nervios		
Diabetes			Problemas de rinon		
Asma			Problemas de hígado		
Cancer			Infarto		
Radio/quimioterapia			Colesterol Alto		
Enfisema			Hepatitis		
Problemas de tiroides			Osteoporosis		
Úlcera			Artritis		
Migrana			Enfermedad pulmonar		
HIV/SIDA			Nausea/Vómito		
Problemas Gastrointestinales			Otro:		

Es usted alérgico a algún medicamento? NO SI Si marca si, enumérelo(s): _____

Está tomando anticoagulantes? NO SI Si marca si, enumérelo(s): _____

En los últimos 6 meses que exámenes ha realizado para evaluar su dolor? _____

Continuación de historial médico...

Toma bebidas con cafeína ? NO SI Tazas por día _____ (Café, Te, Cola, etc.)

Toma bebidas alcohólicas? NO SI Bebidas por día? _____

Fuma cigarillos o puros? (marque si si fue en el ultimo ano) NO SI

Si marcó SI especifique: Paquetes por día: _____ Puros por día: _____

Usa drogas de la calle? (SI en el último ano) NO SI Si marcó SI, por favor especifique:

Marihuana Cocaína Anfetaminas Otro: _____

Por favor liste todos los medicamentos que está tomando:

Medicamento: Razón por la que lo toma: Dosis: Tiempo de uso?

Medicamento:	Razón por la que lo toma:	Dosis:	Tiempo de uso?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Qué medicamentos ha usado en el pasado para dolor?

- Avinza Darvocet Darvon Duragesic Hydrocodone Kadian Lorcet
- Lortab Methadone Morphine MS Contin Norco Oromorph Oxycodone
- Oxycontin Percocet Percodan Talwin Tylenol#3 Tylenol#4 Tylox
- Ultracet Ultram Advil Aleve Arthrotec Bextra Celebrex
- Mobic Motrin Naprosyn Naproxen Flovicet Florinal Gabapentin
- Gabitrel Lamictal Neurontin Topamax Baclofen Fexeril Methocarbamol
- Norflex Paraton Forte Robaxin Skelaxin Soma Zanaflex

Otros: _____

Certifico que he respondido con la verdad todas las preguntas, y no he ocultado información relacionada a problemas previos ya sean del pasado o del presente.

Firma del paciente

Fecha

Firma del médico

Fecha

Revisión de sistemas

Ha presentado alguno de estos síntomas en los últimos 6 meses:

(Por favor responda todas las preguntas)

Constitucional

Fiebre	SI	NO
Escalofríos	SI	NO
Sudoración	SI	NO
Anorexia	SI	NO
Reciente cambio de peso	SI	NO

Visión

Vision Borrosa	SI	NO
Vision Doble	SI	NO
Irritación ocular	SI	NO
Pérdida de visión	SI	NO
Dolor ocular	SI	NO
Fotosensibilidad	SI	NO

ORL

Dolor oído	SI	NO
Escucha ruidos	SI	NO
Disminución audición	SI	NO
Sangrado nasal	SI	NO
Dolor garganta	SI	NO
Ronquera	SI	NO
Cambios de voz	SI	NO

Cardiovascular

Dolor en el pecho	SI	NO
Cambios frecuencia cardiaca	SI	NO
Desmayos	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO

Respiratorio

Tos	SI	NO
Escupir sangre	SI	NO
Asma/ Sibilancia	SI	NO

Gastrointestinal

Nausea/Vómito	SI	NO
Diarrea frecuente	SI	NO
Contipación	SI	NO

Genitourinario

Dolor al orinar	SI	NO
Orina frecuente	SI	NO
Sangre en orina	SI	NO

Musculoesquelético

Dificultad al caminar	SI	NO
Dolor articular	SI	NO
Rigidez Articular o Inflamación	SI	NO
Debilidad muscular	SI	NO
Debilidad articular	SI	NO
Adormecimiento /entumecimiento	SI	NO
Extremidades frías	SI	NO

Neurológico

Parálisis	SI	NO
Convulsiones	SI	NO
Mareos	SI	NO
Temblores	SI	NO
Problemas equilibrio	SI	NO
Dolor de cabeza	SI	NO

Psiquiátrico

Depresión	SI	NO
Ansiedad	SI	NO
Pérdida de memoria	SI	NO
Trastornos mentales	SI	NO
Ideas suicidas	SI	NO

Endocrinológico

Intolerancia al calor	SI	NO
Intolerancia al frío	SI	NO
Sed excesiva	SI	NO
Hambre excesiva	SI	NO
Orina en exceso	SI	NO

Hematológico

Hematomas con facilidad	SI	NO
Ronchas	SI	NO
Ganglios inflamados	SI	NO
Fiebre de heno	SI	NO
Infecciones persistentes	SI	NO

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____