

4

EN CASA DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN DEBEMOS CONTACTAR? _____

RELACION: _____

TELEFONO: _____

5

HISTORIA DE SALUD

TOMA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MEDICACIONES?

- PARA DOLOR RELAJANTES MUSCULARES ESTIMULANTES TRANQUILIZANTES INSULINA OTHERS

Tiene o ha tenido alguna vez las siguientes enfermedades o condiciones?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZON | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS / OPERACION DE CORAZON | <input type="checkbox"/> CANCER | <input type="checkbox"/> DOLOR DE HOMBRO / BRAZOS / MANOS - DEDOS DORMIDOS |
| <input type="checkbox"/> DEFECTO CONGENITO DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> PROLAPSE DE LA VALVULA MITRAL | <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> FATIGA |
| <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGA O ALCOHOL | <input type="checkbox"/> SHINGLES / HERPES ZOSTER | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA | <input type="checkbox"/> VISION BORROSA |
| <input type="checkbox"/> HIV + / SIDA | <input type="checkbox"/> EMPISEMA PULMONAR / GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> ULCERAS / COLITIS | <input type="checkbox"/> ESPALDA RIGIDA - TIESA |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PSIQUIATRICOS | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> CUELLO RIGIDO - TIESO |
| <input type="checkbox"/> TENSION ALTO | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE RINON | <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> DOLOR DE PIERNAS |
| <input type="checkbox"/> DOLORES DE CABEZA | <input type="checkbox"/> SINUSITIS | <input type="checkbox"/> MAREOS | <input type="checkbox"/> OITIDOS EN LOS OIDOS |
| <input type="checkbox"/> ATAQUES EPILEPTICOS | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS PARA DORMIR | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESTOMAGO |
| <input type="checkbox"/> DIABETES / TUBERCULOSIS | | <input type="checkbox"/> NAUSEA | <input type="checkbox"/> PIES DORMIDOS |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE CINTURA | <input type="checkbox"/> PERDIDA DE MEMORIA |
| | | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR | <input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO |
| | | | <input type="checkbox"/> HUESOS - ARTICULACIONES ARTIFICIALES |

POR FAVOR NOMBRE OTRAS CONDICIONES MEDICAS QUE TENGA O HAYA TENIDO: _____

ES USTED ALERGICO A ALGO? _____

NOMBRE SI HA TENIDO ALGUNA OPERACION Y CUANDO: _____

HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE EN EL PASADO? CUANDO? _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR: _____

TOMA ALGUNA MEDICACION O VITAMINAS? SI NO

FUMA? SI NO CUANTO? _____ POR CUANTO TIEMPO? _____

PARA MUJER: ESTA EMBARAZADA? SI NO DE CUANTO? _____

YO ME COMPROMETO A PAGAR POR LOS SERVICIOS PRESTADO AL PACIENTE TAN PRONTO COMO LOS HAYA RECIBIDO. ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE LAS POLIZAS DE SEGUROS Y/O DE ACCIDENTES SON UN ACUERDO ENTRE LAS COMPAÑIA Y MI PERSONA. YOU SOY RESPONSIBLE POR EL PAGO DE CUALQUIER SERVICIO PRESTADO POR ESTA CLINICA, ASI EL SEGURO PAGUE O NO. TAMBIEN SE QUE SI SUSPENDO O TERMINO MI TRATAMIENTO, LOS GASTOS QUE SE DEBAN TENDRAN QUE SER PAGADOS INMEDIATAMENTE.

FIRMA _____

PAIN CHART

About you

Nombre _____ FILE # _____

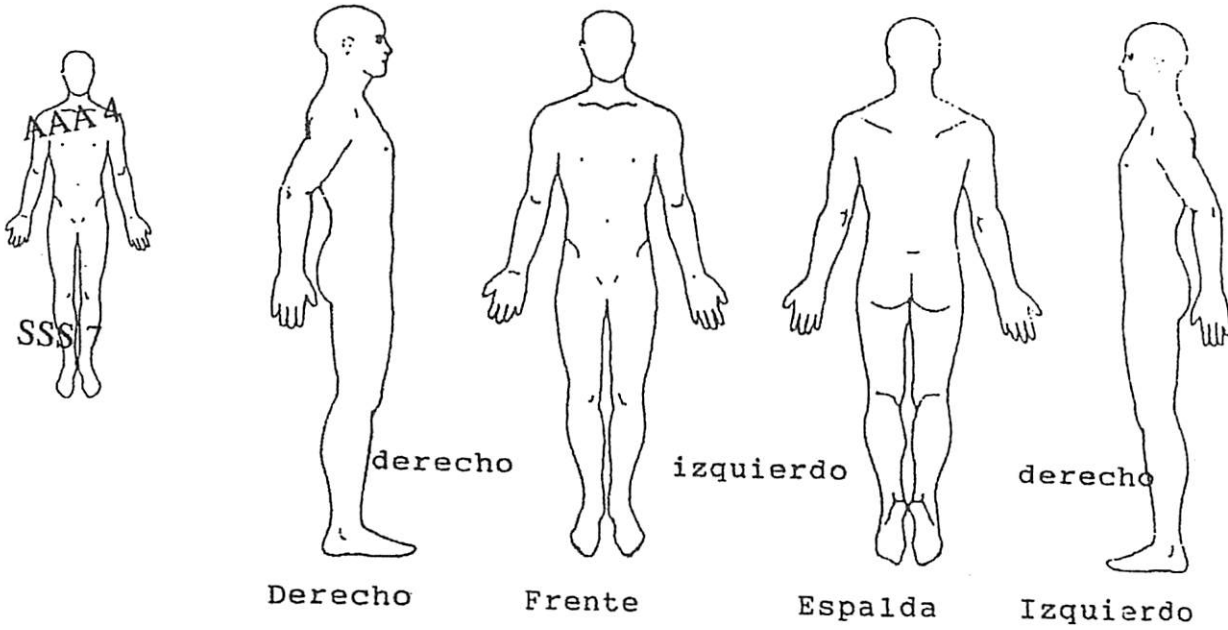
Describe su condicion _____

Firma _____ Fecha _____

Show us where it hurts

Donde le duele?

1 (leve) - 10 (fuerte)



Doctors Notes

Descripcion del Accidente Automovilistico

Conteste las preguntas de abajo. Si no sabe la respuesta, no conteste esa pregunta.

1. Clase de vehiculo Carro Station Wagon Van Pickup truck Camion grande Bus Otro _____	2. Su posicion en el vehiculo Chofer Pasajero adelante Pasajero atras (lado izquierdo) Pasajero atras (lado derecho) Otro _____	3. Que estaba haciendo su carro en el momento del accidente? Parado en interseccion Parado en trafico Parado en la luz Volteando a la derecha Girando a la izquierda Parqueado En movimiento Disminuyendo velocidad Acelerando Otro _____
4. Hora / Velocidad / Dano Hora del accidente _____ Velocidad de su Vehiculo: _____ mph Velocidad del otro Vehiculo: _____ mph Dano de su vehiculo Mínimo Moderado Total _____	5. Detalles del Accidente Visibilidad en el sitio del acc. Pobre Aceptable Buena Quien golpeo a Quien / Que? Usted golpeo al otro vehiculo El otro vehiculo lo golpeo Usted golpeo...(objeto) _____	6. Condiciones de la carretera Condiciones de la via al momento del accidente Congelada Mojada Arenosa Oscura Limpia y seca Sitio de impacto De frente Adelante a la izquierda Adelante a la derecha Atras (bumper) Atras a la izquierda Atras a la derecha
7. Posicion de su cuerpo, etc. Se dio cuenta del accidente? Si No Se preparo para el impacto? Si No Tenia puesto el cinturon? Si No Tenia puesto el cinturon del hombro? Si No	8. Informacion adicional del accidente En el caso de un accidente automovilistico, escriba cualquier informacion adicional que cree importante y que no fue cubierta arriba	9. Despues del accidente: Marque los sintomas que experimento despues del accidente Dolor cabeza Mareo Dolor de espalda Manos frias Dolor cuello Nausea Dolor de cintura Pies frios Rigidez cuello Confusion Nerviosismo Diarrea Desmayo Fatiga Perdida del sabor Depresion Ruido oidos Tension Dedo adormecidos Ansiedad Perdida de olor Irritabilidad Constipacion Dolor pecho Dolor de ojos Dificultad al respirar Dificultad al dormir Otros: _____
9. Durante el accidente: Su cuerpo golpeo el interior de su vehiculo? Si No Si repuesta fue SI, describa: _____ Perdio el conocimiento en el accidente Si No Si respuesta fue SI, por cuanto tiempo? _____ Dano estimado del vehiculo en dolares? _____ Dano de su vehiculo: Mínimo Moderado Total Se presento la policia en el lugar? Si No La policia hizo un reporte del accidente? Si No	10. Hospital / cuarto de emergencia? A donde fue despues del accidente? Casa Trabajo Emergencia ER. Medico particular Como llego alli? Uste mismo manejo Otra persona Ambulancia Policia Tomaron X-Rays? Si No Examen sangre? Si No Areas del cuerpo radiografiadas _____ Que examen de sangre? _____ Las Radiografias mostraron: _____ Tratamientos: Collar cervical Hielo Otro: _____ Medicamentos: _____ Que intruccion le dieron? _____	11. Tratamiento: Escriba que doctores lo vieron antes de venir a esta oficina? 1. Dr. _____ Fecha 1ra visita ___/___/___ Especialidad: _____ Radiografias? Si No Tratamiento recibido: _____ Cuantos tratamientos recibio? ___ Esta en tratamiento Si No El tratamiento le ayudo? Si No Fecha de la ultima visita: ___/___/___ 2. Dr. _____ Fecha 1ra visita ___/___/___ Tratamiento recibido: _____ Cuantos tratamientos recibio? ___ Esta en tratamiento Si No El tratamiento le ayudo? Si No Fecha de la ultima visita: ___/___/___

Firma: _____

Analisis de Actividades diarias

Dele un numero a las dificultades que presenta desde el accidente, en relacion a las diferentes actividades que estan abajo. Use la escala de 1 a 5 y **ESCRIBA EL NUMERO APROPIADO** que mas se acerca a su estado actual de dificultad.
 1= "Lo puedo hacer sin ninguna dificultad". 2= "Lo puedo hacer sin mucha dificultad, a pesar del dolor". 3= "Lo puedo hacer a pesar de mucho dolor. 4= "Puedo hacerlo a pesar de mucho dolor, pero solo si tengo ayuda. 5= " No puedo hacerlo debido al dolor.
 Solamente llene las areas afectadas.

Dificultades con actividades de higiene y aseo personal

Banarse ___ Secarse el pelo. ___ Cepillarse dientes ___ Ponerse zapatos ___ Preparar comidas ___ Sacar la basura ___
 Duchandose ___ Peinarse ___ Haciendo la cama ___ Colocar cordones ___ Comiendo ___ Lavando ropa ___
 Lavando pelo ___ Lavando la cara ___ Colocarse la camisa ___ Colocar pantalones ___ Lavando platos ___ Yendo al baño ___

Dificultades con las actividades fisicas

Parado ___ Caminando ___ Arrodillandose ___ Inclinandose atras ___ Girando a la izq. ___ Recostarse atras ___
 Sentado ___ Agachado ___ Alcanzando ___ Agachandose izq. ___ Girando a la der. ___ Recostandose izq ___
 Reclinandose ___ Acucillado ___ Agachandose ___ Agachandose der. ___ Inclinandose adel ___ Recostandose der ___
 De pie por periodos largos ___ Sentado periodos largos ___ Caminando trechos largos ___ Arrodillado por periodos largos ___

Dificultades con actividades funcionales

Cargando objetos pequenos ___ Levantando objetos del piso ___ Empujando cosas sentado ___ Ejercitando parte alta cuerpo ___
 Cargando objetos grandes ___ Levantando objetos de la mesa ___ Empujando cosas parado ___ Ejercitando parte baja cuerpo ___
 Cargando maletas ___ Subiendo escaleras ___ Jalando cosas sentado ___ Ejercitando los brazos ___
 Cargando una cartera grande ___ Escalando inclinaciones ___ Jalando cosas parado ___ Ejercitando las piernas ___

Dificultades con actividades sociales y recreativas

Jugando bolos ___ Corriendo ___ Nadando ___ Patinando en hielo ___ Deportes competitivos ___ Cortejeando ___
 Jugando golf ___ Danzando ___ Esquiando ___ Patinando en piso ___ Pasatiempos (hobbies) ___ Comiendo afuera ___

Dificultades al viajar

Manejando el carro ___ Montado como pasajero en carro ___ Montado como pasajero en un tren ___
 Manejando por periodos largos ___ Montado como pasajero en un avion ___ Montado como pasajero por periodos largos ___

Use la escala de 1 a 5 para describir las siguientes actividades :

1 = " Esta area no esta afectada por mi condicion actual". 2 = "Esta area esta afectada un poco debido a mi condicion actual. 3 = "Mi condicion actual restringe moderadamente mi habilidad en esta area" 4 = " Mi condicion actual limita seriamente mi habilidad en esta area. 5 = " Mi condicion actual me impide usar esta habilidad en esta area".

Dificultades con diferentes formas de comunicacion

Concentrandose ___ Oyendo ___ Escuchando ___ Hablando ___ Leyendo ___ Escribiendo ___ Usando el computador ___

Dificultades con los sentidos

Viendo ___ Escuchando ___ Sentido del tacto ___ Sentido del sabor ___ Sentido del olfato ___

Dificultades con las funciones de las manos

Agarrando ___ Sosteniendo ___ Pinchando ___ Movimientos de percusion ___ Discriminacion sensorial ___

Dificultades al dormir y de la funcion sensual

Soy capaz de tener una noche de sueno normal y descansada ___ Soy capaz de participar en actividad sexual normal y deseada ___

Escriba aqui cualquier informacion adicional de sus actividades diarias que no fueron cubiertas antes

Historia de sintomas previos

Sintomas similares previos

No he tenido sintomas similares a mi condicion actual
 Mis sintomas actuales los tuve antes, pero no me molestaban
 Mis sintomas actuales ya existian pero se empeoraron con el ac.
 Mis sintomas similares mas recientes (si es aplicable) ocurrieron ___

Ha contribuido su historia anterior a los sintomas actuales?

Mi historia ha contribuido a los sintomas actuales
 Mi historia no ha contribuido a los sintomas actuales
 No estoy seguro si mi historia ha contribuido a mis sintomas ahora
 ___ meses atras / ___ anos atras 0 en Fecha ___/___/___

Escribe abajo otros sintomas previos que no fueron cubiertos arriba:

**POLITICA FINANCIERA PARA CASOS DE ACCIDENTES
AUTOMOVILLISTICO/LESIONES PERSONALES**

Criterio de la oficina

Es politica de la oficina hacer que el paciente y/o su abogado nos brinden la informacion necesaria.

El siguiente criterio debera seguirse cuando honorarios del doctor tengan que ser diferidos hasta que se llegue a un arreglo entre el abogado y la compania de seguros.

1. Todos los accidentes automovilisticos en que hayan reclamos a un tercer partido, el paciente debera primero proveernos con la informacion de su propio seguro automovilistico para poder enviarles a ellos sus cuentas en caso de haber pagos medicos (med-pay) en dicha poliza. El accidente debera haber sido reportado pero el paciente o dueno de la poliza, y debe haber sido establecido un numero de reclamo.
2. Si un abogado esta presente en el caso, un acuerdo entre el abogado y el doctor tendra que ser firmado por el paciente y por el abogado que lo representa. De esta manera el abogado pagara al doctor el balance que tenga en su cuenta cuando el caso cierre.
3. El merito de su caso sera establecido por su abogado y comunicado a su doctor.

Acuerdo lo siguiente:

En el caso que la compania aseguradora/abogados obligados bajo un contrato a hacer pagos a mi persona o a la clinica por los cargos por servicios prestados, se niega a hacer tales pagos dentro de los 60 dias de la presentacion del recibo, me convierto en unico responsable por tal suma y tendre 15 dias para pagar la cuenta. Si por cualquier razon la cuenta no es saldada yo entiendo que sere responsable enteramente por todos los costos adicionales por el cobro ademas de balance total de la deuda incluyendo pero no limitandose a los honorarios del abogado, gastos de corte, etc.

Tambien entiendo que si suspendo o termino mi tratamiento, cualquier honorario por servicios profesionales prestados tendran que ser inmediatamente pagados.

He leido y entendido los criterios financieros anteriormente mencionados.

Fecha _____ Firma del Paciente _____

Fecha _____ Testigo _____