

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de visita : _____

Medico: _____

Numero del Paciente: _____

INFORMACIÓN	
Seguro Primario: Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____ Nombre del Primario de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social del Primario: _____	Seguro Secundario: Número de Identificación: _____ Número de Grupo Secundario: _____ Nombre del Primario de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social del Primario: _____
Residencia Primaria: Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____	Residencia Secundaria: Dirección: _____ City/State/Zip/Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Teléfono Primario: _____	Número de celular: _____
Teléfono de Empleo: _____	Método preferido de teléfono (encierre en círculo): Hogar Celular Correo electrónico Mensaje de Texto
¿Esta cita es debida a un accidente automovilístico? SI/NO Parte del Cuerpo Lesionado: _____ Fecha de la lesión: _____	
¿Esta cita es debida a una caída/ Responsabilidad? SI/NO Parte del cuerpo lesionado: _____ Fecha de la lesión: _____	
¿Esta cita es de compensación a los empleados? SI/NO Parte del cuerpo lesionado: _____ Fecha de la lesión: _____	
¿El caso está cerrado? SI/ NO o No Aplica ¿Hay un abogado envuelto? SI/NO Nombre del Abogado: _____	
Idioma Preferido: _____	Ocupación: _____
Estado Civil: _____ Empleador: _____	Estado de Empleo: _____
Etnicidad: Hispano _____ /No Hispano _____ Raza: Asiático _____ AmeriAfricano _____ Caucásico _____ Nativo Americano/ Alaskan _____ Otro: _____	
Médico Primario: _____	Cardiólogo (si aplica): _____
Médico Referido: _____	
¿Usted tiene acceso al Internet? Si o No	Correo Electrónico: _____
Contacto de Emergencia: Teléfono: _____	Farmacia : _____

SI EL PACIENTE ES MENOR:

Nombre del Padre o Guardián: _____ #Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

/Dirección: _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Seguro y Autorización
(Por favor lea y firme a continuación):

Por la presente autorizo a Florida Joint & Spine Institute, P.A. para proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamientos y entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a entregar a la administración de la seguridad social ya la administración de financiamiento de atención médica o a sus intermediarios o transportistas, o al agente de facturación de este Médico o proveedor. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original, y esto como una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo la póliza de seguro aplicable a Florida Joint & Spine Institute, P.A. El pago se espera en el momento en que se prestan los servicios profesionales. Vamos a esperar hasta sesenta (60) días para el pago de su compañía de seguros. Si la compañía de seguros no ha pagado dentro de sesenta (60) días, esperamos que el saldo en su totalidad en ese momento. Aceptamos dinero en efectivo, cheque, visa, mastercard, y descubre. En caso de que cualquier litigio sea requerido para recolectar las sumas adeudadas por usted bajo este acuerdo, Florida Joint & Spine Institute, P.A. tendrá derecho a recuperar de usted, todos sus costos y gastos legales, incluyendo honorarios razonables de abogado, antes del juicio, en el juicio y en cualquier procedimiento de apelación. En el caso de que la cuenta sea delincente, todos los honorarios de agencia de cobranza serán responsabilidad del garante. Autorizo pagos de seguro secundario de crossover de Medicare al proveedor que acepta la asignación (medigap). Por la presente autorizo el pago directamente al médico nombrado de los beneficios de seguro de grupo que de otro modo se pagarían a mí. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento y autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con esta reclamación. He leído y declarado la política financiera de Florida Joint & Spine Institute, P.A. y se comprometo a cumplir con los términos que se indican anteriormente. Su firma reconoce que ha leído y entiende los Términos y Condiciones establecidos por Florida Joint & Spine Institute, P.A.

Firma del Paciente

Fecha

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR O UTILIZAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTOS, PAGOS O OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo la liberación o el uso de mi información de salud individualmente identificable e información de expediente médico por **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** con el fin de realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Le animamos a revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Práctica para obtener una descripción más completa y detallada de la posible liberación y uso de dicha información, y tiene el derecho de revisar dicha Notificación antes de firmar este formulario.

Usted conserva el derecho de solicitar que restringimos aún más la forma en que su información de salud protegida se libera o se utiliza para realizar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Sin embargo, Florida Joint & Spine Institute, P.A. no está obligado a aceptar tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas en dependencia de la misma.

También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme como lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

También entiendo que **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** se reserva el derecho de cambiar su Aviso y Prácticas y antes de su implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. En caso de **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** cambiarán su Notificación, enviarán una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que he proporcionado (si el correo de Estados Unidos o, si estoy de acuerdo, correo electrónico).

RESTRICCIONES: Deseo tener las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

REVELAR INFORMACION: Por la presente autorizo a Florida Joint & Spine Institute, P.A. para divulgar información sobre mi tratamiento a la (s) siguiente (s) persona (s):

_____ **NO** doy mi permiso a Florida Joint & Spine Institute, P.A. dejar cualquier información médica relacionada con mi tratamiento a alguien que no sea yo.

MENSAJES: Por la presente autorizo a Florida Joint & Spine Institute, P.A. para dejar mensajes sobre visitas a la oficina y confirmaciones de citas, así como cualquier otra información médica relacionada con mi tratamiento en el (los) siguiente (s) número (s) de teléfono:

Method/Metodo:	Número de teléfono con código de área:
Teléfono de casa	
Teléfono móvil	
Teléfono del trabajo	
Otra /Especifica:	

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la práctica por escrito cualquier cambio en la información anterior.

He leído y entiendo los términos de este consentimiento.

Nombre Impreso

Número de seguridad social

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Relación con el paciente

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA

- Consentimiento recibido por _____ el _____.
- Consentimiento rechazado por el paciente, y tratamiento rechazado según lo permitido.
- Consentimiento añadido al historial médico del paciente _____.

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Florida Joint & Spine Institute, P.A. Política Financiera

Gracias por elegir Florida Joint & Spine Institute, P.A. como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Los servicios médicos proporcionados por nuestra oficina son los servicios que ha elegido recibir, lo que implica una responsabilidad financiera por su parte.

Medicare: Somos un proveedor participante de la Parte B de Medicare. Los pacientes son responsables de un 20% de coaseguro y su deducible anual.

Co-pagos y deducibles: Todos los copagos y deducibles deben ser pagados en su totalidad en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Los pacientes que no puedan hacer su copago o deducible no serán vistos y tendrán que reprogramar su cita.

Auto pago: Todos los nuevos pacientes sin prueba de Seguro deberá pagar un depósito en el momento del servicio por un monto de \$ 400. Todos los nuevos pacientes con fractura deberán pagar \$ 650 al momento del servicio. Para todas las citas de seguimiento, el paciente deberá pagar \$ 250 al momento del servicio. Los pacientes programados para inyecciones y otros procedimientos de oficina pueden estar obligados a pagar cantidades adicionales en el momento del servicio. ¡LOS PACIENTES DEBEN SABER QUE ES SOLAMENTE UN DEPÓSITO! LOS CARGOS TOTALES PUEDEN SER MÁS O MENOS QUE EL DEPÓSITO INICIAL RECOGIDO.

Planes de Seguros No Participantes: Como servicio a nuestros pacientes, presentaremos su reclamo a su compañía de seguros. Sin embargo, si no somos un proveedor participante con su plan de seguro, usted será responsable por cualquier saldo adeudado después de que la reclamación haya sido procesada.

Referencias: Si su plan de seguro requiere una remisión de su médico de atención primaria, es su responsabilidad de obtener la remisión por escrito antes de programar una cita. Si una referencia no se obtiene antes de su cita, la cita será cancelada hasta que se proporcione una referencia.

Compensación del Trabajador: Cualquier lesión en el trabajo debe ser reportada al empleador del paciente antes de programar una cita. La cita inicial debe ser programada por el ajustador de compensación del trabajador. Las citas canceladas o reprogramadas deben ser manejadas a través del ajustador del paciente. Florida Joint & Spine no será responsable de cancelar o reprogramar citas sin una llamada telefónica del ajustador.

Accidente de vehículo motorizados (MVA): Debido a que Florida es un estado "sin culpa", el paciente será responsable de proporcionar a nuestra oficina la siguiente información antes de programar una cita: información del seguro de auto del **paciente**, nombre y número de contacto del ajustador de reclamo, número de reclamo, fecha del accidente y salud Información del seguro. Antes de programar su cita, nuestra oficina se comunicará con su compañía de seguros para verificar los beneficios. A partir del 1 de enero de 2013, la ley de la Florida establece que si usted es lesionado en un accidente usted está obligado a obtener tratamiento médico dentro de 14 días o no hay COBERTURA PIP PARA CUALQUIER BENEFICIOS MÉDICOS! Si no se trata dentro de 14 días de accidente, el paciente tendrá que pagar un depósito de \$ 750. Además, los pacientes que no tienen una prueba de seguro de salud tendrá que pagar \$ 400 por la primera visita y \$ 250 por cada visita de seguimiento.

Colecciones: A los pacientes enviados a las colecciones se les aplicará un cargo del 25% que se sumará al saldo de su cuenta. Los saldos enviados a las colecciones deben ser pagados directamente a nuestra agencia de recaudación, no a Florida Joint & Spine.

Menores de edad: Los menores no serán tratados sin un padre / guardián presente. En asuntos de custodia de niños, Florida Joint & Spine facturará a la compañía de seguros por el padre que firma los formularios de consentimiento. El padre que firma el consentimiento para los servicios será responsable de cualquier saldo pendiente, a menos que se proporcione una orden judicial que indique lo contrario.

Terminación del formulario: Los pacientes deben permitir 7-10 días laborales para la terminación de todos los formularios. Las siguientes tarifas se aplican a todos los formularios: FMLA (Licencia Médica Familiar) = \$ 30, Todos los otros formularios 1 página o menos = \$ 15, Todos los demás formularios 2 páginas o más = \$ 35. Los formularios no se completarán sin pre-pago. ¡El paciente es responsable de todos los honorarios!

Pre-pago de cirugía: Los pacientes están obligados a pagar su porción de los honorarios de cirugía dos (2) días antes de la cirugía. Los pacientes que no puedan pagar tendrán su cirugía reprogramada. Si el paciente no notifica a la oficina más de 48 horas de antelación, con respecto a su pago, se aplicará una cuota de cancelación de \$ 200 y deberá pagarse antes de la reprogramación de la cirugía.

CareCredit: CareCredit es un recurso dedicado disponible para nuestros pacientes para su uso al pagar por procedimientos no cubiertos por el seguro. CareCredit ofrece un plan de 6 meses sin intereses para montos por encima de \$ 200. Para obtener más información, comuníquese con uno de nuestros empleados de oficina o llame al 1-800-365-8295. También puede solicitar en línea en www.carecredit.com. Los pacientes que tienen procedimientos que no califican para Care Credit tienen la opción de hacer pagos mensuales hasta que la cantidad sea pagada en su totalidad. Tenga en cuenta que el procedimiento no se programará ni se realizará hasta que el saldo se pague en su totalidad.

Reembolsos: A los pacientes se les reembolsará cualquier sobrepago una vez que todas las reclamaciones hayan sido procesadas y el paciente haya sido liberado de la atención.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a Florida Joint & Spine, P.A. de cualquier cambio en mi información de seguro de salud y / o información de contacto. Entiendo y acepto los términos de esta Política Financiera.4

Nombre

Fecha de Nacimiento

Paciente / Representante Legal Firma

Relación con el paciente

Fecha

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Póliza de No Show

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que si usted debe cancelar su cita, usted proporcione más de 24 horas de aviso. Esto permitirá que otra persona que esté esperando una cita pueda programar en ese espacio de cita. Con las cancelaciones hechas con menos de 24 horas de aviso, no podemos ofrecer ese espacio a otras personas.

Inicie una vez que haya leído, entendido y aceptado la siguiente política.

Los pacientes que no se presenten a su cita sin una llamada para cancelar su cita en la oficina o una cita en el consultorio serán considerados **No Show**.

X _____

Los pacientes que no se presenten dos (2) o más veces en un período de 12 meses, pueden ser despedidos de la práctica por lo que se les negará cualquier cita futura.

X _____

Los pacientes también pueden estar sujetos a un cargo de **\$30.00** por **No Show** en la oficina o **\$75.00** por **No Show** en el procedimiento quirúrgico en la oficina .

X _____

Las tarifas No Show son responsabilidad exclusiva del paciente y deben ser pagadas en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.

X _____

Nuestra práctica cree firmemente que la buena relación médico / paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación.

Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Paciente: _____
 Fecha de Visita: _____

MEDICAMENTOS

Ningún medicamento **Escriba todos los medicamentos que usted toma, recetados y no recetados:**

Medicamento o Nombre de Marca	Dosis	Nombre de Marca	Dosis

Farmacia Preferida: _____ **Número de teléfono:** _____

SUS ALERGIAS

Ningunas alergias _____ **Indique todas las alergias que usted tiene a medicamentos y/o comidas y describa su reacción:**

Reacciones comunes incluyen- Anafilaxia (peligro a vida), Urticaria, Picazón, Nausea/Vómitos, Dificultad respirando

HISTORIA FAMILIAR

Historia Familiar Desconocida _____

Madre	Padre	Hermana	Hermano
Vivo y bien	Vivo y bien	Vivo y bien	Vivo y bien
Cáncer (tipo) _____	Cáncer (tipo) _____	Cáncer (tipo) _____	Cáncer (tipo) _____
accidente cerebrovascular	Accidente cerebrovascular	Accidente cerebrovascular	Accidente cerebrovascular
Diabetes	Diabetes	Diabetes	Diabetes
Hipertensión	Hipertensión	Hipertensión	Hipertensión
Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____	/Otro: _____

HISTORIA SOCIAL

Uso del tabaco: Antes Actual Nunca Tipo: _____ Cajas al Día: _____ Años Utilizados: _____ ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar? Si No	Consumo de alcohol: Sí No Antiguo Tipo (Círculo): Licor Vino Cerveza Frecuencia: _____ Cantidad por sesión: _____ Última Bebida: _____	Uso de cafeína: Si No Tipo: _____ Cantidad diaria _____
---	---	--

VACUNAS ANTERIORES

Vacuna contra la Influenza: Si No Fecha: ___/___/___ **Vacuna contra la Pneumovax:** Si No Fecha: ___/___/___ **Tétano:** Si No Fecha: ___/___/___

ABUSO DE SUSTANCIAS

¿Está usando ACTUALMENTE alguna de las siguientes drogas o sustancias? (Por favor marque todos los que apliquen)

Alcohol ___ Cocaína ___ Heroína ___ Drogas ___ Marihuana ___ Otro (especifique): _____

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Paciente: _____

Fecha de Visita: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA			
Tipo de enfermedad:		Tipo de enfermedad:	
Hipertensión	Anticoagulantes	Hernia	Anemia
Enfermedad del riñon	Angina de pecho	Enfermedad vascular periférica	Osteoartritis
/Enfermedad del corazón - I o II	COPD/ EPOC	Ansiedad	Desórden bipolar
Diabetes	GERD/ ERGE	Depresión	Hernia de disco
Osteoartritis	GOUT/ Gota	Ataque fulminante	Trastornos de la tiroides
Osteoporosis	Apnea del sueño	Coágulos de sangre	Colesterol alto
Artritis reumatoide	Trastornos de prostate	Úlceras	Transtorno Convulsivo
Tipo de cáncer : _____	Neumonía	AIDS/HIV	Embolia pulmonar
Hepatitis -/Tipo : _____	/Pérdida de la audición	Escoliosis	Otro: _____ Ninguna: _____
HISTORIA CIRUGICA PASADA			
Ninguna Cirugia Pasada			
Tipo de cirugía:		Tipo de cirugía:	
/Año de cirugía:		Año de cirugía:	
/Apendectomía	_/_/_	Próstata	_/_/_
Histerectomía	_/_/_	Marcapasos	_/_/_
Colecistectomía	_/_/_	Corazón abierto/By-Pass	_/_/_
Amigdalectomía	_/_/_	Espina dorsal - Tipo/Nivel/	_/_/_
Cataratas	_/_/_	Otro:	_/_/_
HISTORIA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA PASADA			
Reemplázo de cadera – IZQ/DER	N/A	_/_/_	Cuidado de la fractura Tipo_____ N/A
Reemplázo de rodilla – IZQ/DER	N/A	_/_/_	Reemplázo de hombro inverso – IZQ/ DER N/A
Reparación del manguito rotador – IZQ/DER	N/A	_/_/_	Reemplázo total del hombro – IZQ/ DER N/A
Makoplastia – IZQ/DER	N/A	_/_/_	Pinzamiento de cadera IZQ/ DER - N/A
ORIF –Tipo_____	N/A	_/_/_	Tunel carpal_ IZQ/ DER N/A
Cifoplastia – /Sitio_____	N/A	_/_/_	Otro: _____
Cualquier información adicional de cirugía:			

Cirugia de Espalda		
Fecha	Tipo de Cirugia/Lado	Médico

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero del Paciente: _____

Fecha de la
Visita: _____

CUAL ES LA RAZON DE SU VISITA EL DIA DE HOY?

Describe Lesion/dolor:
En que fecha ocurrio el dolor?
Cuando fue la primera vez que busco atencion medica?
¿Ha tenido algún dolor en el mismo lugar a causa de una lesión laboral? Si No Es una lesion de Compensacion al Empleado? Si No En caso afirmativo, explique por favor:
Si NO es a través de su empleador actual, indique el nombre del empleador, junto con un número de teléfono: Nombre del empleador: _____ Teléfono: () _____ - _____ Nombre del empleador: _____ Teléfono: () _____ - _____

FACTORES DE MODIFICACIÓN: CIRCULE EL NÚMERO DEBAJO QUE MEJOR DESCRIBE LA CANTIDAD DE DOLOR DE ALIVIO QUE EL TRATAMIENTO SE PROPORCIONA O HA PROPORCIONADO EN EL PASADO

	Nunca Intente	No Alivio										Alivio Completo	Comprobado, estoy recibiendo ahora	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Terapia Fisica		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]
Cirurgia		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]
Inyeccion/Bloqueo Nervioso		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]
Droga/Terapia de Medicacion		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]
Ajuste Quiropractico		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]
Decenas		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]
Acupuntura		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]
Bioretroalimentacion		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]
Otro:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		[]

POR FAVOR INDIQUE ABAJO LOS ESTUDIOS REALIZADOS

Estudio	Fecha	Locacion del Estudio
X Rays		
MRI		
Estudios de Conduccion Nerviosa		
Mielograma		
BoneScan		

OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD CONSULTADOS DESDE QUE EL DOLOR EMPEZO

Nombre	Numero de Telefono	Fechas Tratadas

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Paciente: _____

Fecha de Visita: _____

¿Ha visitado una Sala de Emergencias para manejar su dolor? Si No			
¿Es un caso de Compensación a los Empleados? Si No			
Accidente de Auto? Si No			
¿Representado por un abogado? Si No		Nombre del Abogado:	Número de teléfono:
¿Tiene una demanda judicial? Si No		Nombre del administrador del caso:	Número de teléfono:
LLENE ESTA PARTE SOLAMENTE SI ESTUVO ENVOLUCRADO EN UN ACCIDENTE DE AUTO			
¿Estaba usando un cinturón de seguridad? Si No	¿Era el conductor? Si No		¿Era el pasajero? Si No
¿Perdió el conocimiento? Si No En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?			
Describa brevemente el accidente:			
Cuánto daño le ha hecho a su vehículo? \$			
¿A partir de cuanto tiempo luego del accidente comenzó el dolor?			
¿Sintió dolor en el mismo lugar anterior a este accidente? Si No			
En caso afirmativo, explíquelo por favor:			
REVISION DE SISTEMAS			
Todo lo siguiente es Negativo: _____			
Encierre en un círculo si tiene lo siguiente:			
Oídos, Nariz, y Vision	Gastrointestinal (GI)	Neurológico	Enfermedad de Sangre
Visión borrosa	Estreñimiento	Dificultad para caminar	Sangrado
NHemorragias nasales	Náusea	Mareo	Moretones
	Vómitos	Coordinación pobre	
		Debilidad muscular	
Dolores de cabeza	Cardiovascular	Metabólico	Piel
Vertigo /Mareo	Palpitaciones Murmullo		Erupción de la piel con picazón
Debilidad	Hinchazón de las Piernas/Edema	Intolerancia al frío	Infecciones cutáneas
Ganancia/Pérdida de Peso (Círculo)	Síncope/Desmayo	Intolerancia al calor	Lesiones de la piel
Respiratorio	Urinario	Psiquiátrico	Endocrino
Sibilancias	Disuria /Dificultad para orinar)	Insomnio	
Disnea	Micción frecuente	Ansiedad	Sed excesiva
Dificultad para respirar		Depresión	
Infecciones Recientes	Sangre en la orina		Sudoración excesiva

SU CERTIFICACION

Certifico que la información anterior es completa y precisa, ya que será utilizada como parte de mi cuidado y plan de tratamiento.

Firma del Paciente /Si es menor, Firma del Guardián

Fecha

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

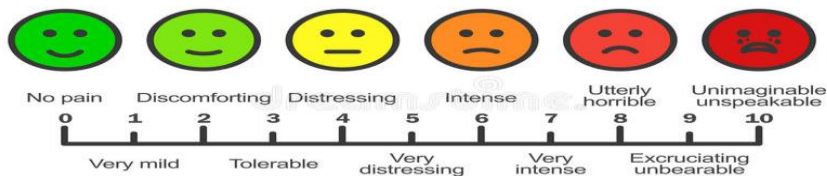
Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero del Paciente: _____

Ha visitado una sala de Emergencias para manejar su dolor? Si No			
Es un caso de Compensacion a los Empleados? Si No			
Accidente de Auto ? Si No			
Representado por un Abogado? Si No		Nombre del Abogado:	Numero de Telefono:
Tiene una Demanda Policial? Si No		Nombre del Administrador del Caso:	Numero de Telefono:
LLENE ESTA PARTE SOLO SI ESTUVO INVOLUCRADO EN UN ACCIDENTE DE AUTO			
Estaba usando su cinturón de seguridad? Si No	Era el conductor? Si No		Era el pasajero? Si No
Perdió el conocimiento? Si No En caso afirmativo, durante cuanto tiempo?			
Describa brevemente el accidente:			
Cuanto dano le ha hecho a su vehiculo? \$			
A partir de cuanto tiempo del accidente comenzo el dolor?			
Sintio dolor en el mismo lugar anterior al accidente? Si No			
En caso afirmativo, por favor explique:			
REVISION DE SISTEMAS			
Todo lo siguiente es Negativo _____		Encierre en un circulo si tiene lo siguiente::	
General	Cardiovascular	Metabolico	Piel
Fiebre	Palpitaciones/Murmullo	Intolerancia al Frio	Erupcion de la Piel con picazon
Debilidad	Hinchazon de las Piernas/Edema	Intolerancia al Calor	Infecciones Cutaneas
Ganancia/Perdida de Peso (Circulo)	Desmayo		Lesiones de la piel
Oidos, Nariz, Vision	Gastrointestinal (GI)	Neurologico	Enfermedad de la Sangre
Vision Borrosa	Estrenimiento	Dificultad para caminar	Sangrado
Hemorragias Nasales	Diarrea	Mareo	Moretones
Dolores de Cabeza	Nausea	Poca coordinacion	
Vertigo /Mareos	Vomitos	Debilidad Muscular	
Respiratorio	Urinario	Psiquiatrico	Endocrino
Dificultad para Respirar	Disuria (Dificultad para orinar)	Ansiedad	Sed Excesiva
Infecciones Recientes	Miccion Frecuente	Depresion	Sudoracion Excesiva
Sibilancias	Sangre en la orina	Insomnio	

"0" significa no siente dolor y "10" es el peor dolor que puede imaginar



SU CERTIFICACION

Certifico que la informacion anterior es complete y precisa, ya que sera utilizada como parte de mi cuidado y plan de tratamiento

Firma del Paciente/Si es menor, Firma del Guardian

Fecha

PATIENT MEDICAL REGISTRATION REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE



Querido(a) Paciente,

Florida Joint & Spine ha seleccionado a MyHealthRecord.com para su acceso al portal de paciente. Usted tendrá acceso a sus archivos médicos a cualquier hora, en cualquier lugar, manejar sus citas médicas, hablar en privacidad con su equipo médico y a recibir la mejor atención posible.

A su conveniencia puede ver su archivo de salud, compartir mensajes seguros con su proveedor de cuidado de la salud, solicitar su relleno de medicamentos, y pagar sus cuentas en el Internet.

Una vez usted se registre en su portal de paciente, envíe a sus proveedores de salud un correo electrónico dejándoles saber que se ha registrado exitosamente para el portal.

Si tiene cualquier pregunta o duda por favor llámenos a 863-385-2222 and y lo asistiremos.

Una vez reciba su invitación por correo electrónico a nuestro nuevo portal de pacientes:

- Haga “click” en el enlace para abrir el portal
- Escriba su nombre, fecha de nacimiento y código postal
- Escoja un nombre de usuario, contraseña y preguntas de seguridad
- Acepte el negante a la registración
- Haga “click” en “My Message (mi mensaje), y en “New” (nuevo)

Escoja su proveedor. Escoja el tipo de pregunta... Déjenos saber que se ha registrado y/o haga preguntas.

Haga “click” en “Send” (enviar).

Usted recibirá un correo electrónico de Bienvenida una vez haya terminado el proceso exitosamente.

Gracias,

El Equipo de Florida Joint & Spine

Por favor siga el siguiente enlace para educarse y buscar información pertinente a diagnósticos en su lista de problemas en su tabla de o evaluación: <http://orthoinfo.aaos.org/>

6325 US Hwy 27 North · Suite 201 · Sebring, FL 33870 · Ph 863-385-2222 · Fax 863-382-8765
1204 Carlton Avenue · Lake Wales, FL 33853 · Ph 863-676-9523 · Fax 863-676-1654
400 Avenue K. SE Building 4 · Winter Haven, FL 33880 · Ph 863-299-3210 · Fax 863-299-2968
www.floridajointspine.com