

Información básica del paciente

Fecha: _____

Primer Nombre: _____ **Inicial:** _____ **Apellido:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono de casa: (____) ____ - ____ **Teléfono del trabajo:** (____) ____ - ____ **Teléfono móvil:** (____) ____ - ____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Sexo:** M F **Correo electrónico:** _____

Número de la Seguridad Social: _____ - _____ - _____ **Estado civil:** Soltero Casado Otro

Estado de empleo: Empleado Estudiante a tiempo completo Estudiante a Tiempo Parcial Otros (marcar un

Datos empleador **Nombre:** _____

Información sobre el seguro ** Por favor, proporcione su tarjeta de seguro para escanear. ***

** Favor de llenar si el paciente difiere del tenedor de la póliza **

Tenedor de la póliza: Cónyuge Padre/madre o tutor Otros _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Tenedor de la póliza Nombre: _____ **Medio Inicial:** ____ **Apellido:** _____

Tenedor de la póliza Número de la Seguridad Social: _____

Contacto de emergencia **Nombre:** _____ **Teléfono:** (____) ____ - ____

Médico primario **Doctor:** _____ **Práctica:** _____

Tratamiento Authorization

Por la presente autorizo la oficina y de su personal, así como los médicos para examinar y tratar mi condición como los médicos consideran conveniente y YO le dan autoridad para llevar a cabo estos procedimientos que se deben realizar. Comprendo muy bien y estamos de acuerdo en que todos los servicios prestados a mí se cargan directamente a mí y que yo soy responsable por el pago de los servicios de esta oficina y todo fuera laboratorio o radiología servicios prestados en mi nombre. Debe de ser pasado por cantidad necesaria, de manera que se hará cargo de todos los cargos, comisiones y honorarios de abogado. YO (nosotros) autorizo al doctor para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Los pacientes Firma _____ **Fecha:** _____

Acuse de Recibo

Tal como lo requiere la regulación de privacidad, reconozco que he recibido una copia actual de la dinámica y el manejo del dolor Salud Aviso de Prácticas de Privacidad, el Proyecto de Ley de Derechos y Responsabilidades.

El personal puede ser alcanzado Lunes de 9am-5pm y Viernes 9am-2pm en 704-525-6288. Después de horas llame 704-525-6288 después de las horas y el médico le responderá.

Soy consciente de que la dinámica y el manejo del dolor Salud ha incluido una disposición que se reserva el derecho a cambiar los términos de este aviso y hacer las provisiones nuevas efectivas para toda la información protegida de la Salud que se mantiene.

Los Pacientes Nombre _____

Paciente/Firma del representante _____ **Fecha:** _____

Si firmada por un representante del paciente:

Nombre del representante _____ **Relación** _____

Cuestionario de Detección Médica Inicial:

Nombre: _____ Fecha: _____

Enfermedad reciente: _____ Fiebre: SI / NO

Alergias: () Ninguno () Penicilina () Sulfa () Mariscos () Acido cítrico

Historial Médico:

Historial Familiar: *Por favor seleccione todo lo que le aplique:*

() Enfermedad de corazón () Derrame cerebral () Diabetes () Cancer _____

Historial Quirúrgico (Cirugías): Reparación / reemplazo de articulaciones? SI / NO Cirugía de la columna? SI / NO

HA TENIDO o TIENE alguna de las siguientes condiciones:

Alergias crónicas / resfriados recientes / gripe / tos _____ SI No

Cancer Del (_____) _____ SI No

Problemas de tiroides / esteroides crónicos / enfermedad autoinmune _____ SI No

Hepatitis / SIDA / VIH + _____ SI No

Diabetes _____ SI No

Accidentes cerebrovasculares / dolores de cabeza crónicos / convulsiones _____ SI No

Problemas de corazón / vasos sanguíneos _____ SI No

Marcapasos / Stents cardíacos / Válvulas artificiales _____ SI No

Anticoagulantes crónicos _____ SI No

Presión Alta _____ SI No

Enfermedades de los huesos/Huesos rotos/ articulaciones artificiales/ tornillos _____ SI No

Cuales Huesos?

Enfermedad de la próstata / Terapia hormonal _____ SI No

Adicción al alcohol / depresión / ansiedad _____ SI No

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/ insuficiencia cardíaca/ asma/
corta o falta de respiración/ sibilancia/ resuello(asmático)/ enfisema _____ SI No

Bronquitis reciente/ neumonia/ broncoespasmo _____ SI No

Drogas ilegales o intravenosas _____ SI No

Tratamiento quiropráctico anteriormente _____ SI No

¿Está o cree que puede estar embarazada? _____ SI No

Por favor explique el SI que selecciono: _____

MEDICAMENTOS: Por favor, proporcione una copia escrita de TODOS sus medicamentos, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos _____

