



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SSN: _____
Género: Masculino Femenino Otro
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono principal: () _____ Correo electrónico: _____
Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otro
Ocupación / Empleador: _____ Empleo Sí No
Contacto de emergencia: _____
Relación: _____ Teléfono: () _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: () _____
Dirección: _____

MÉDICOS REFERENTE Y DE CUIDADO PRIMARIO

Médico referente: _____ Teléfono: () _____
Médico de atención primaria: _____ Teléfono: () _____

INFORMACIÓN DE SEGURO Y FINANCIERA

Seguro primario: _____ Póliza/ID #: _____
Grupo #: _____

Tipo de seguro: HMO, PPO, EPO, POS, otro ¿Se requiere referencia? Sí No

Información del titular de la póliza

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el paciente: _____ SSN: _____
Seguro secundario (si aplica): _____ Póliza/ID #: _____



INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN LABORAL

Esta visita está relacionada con

Compensación laboral Accidente automovilístico Lesión personal/Litigio Ninguno

Si respondió "Sí", complete lo siguiente:

Fecha de la lesión/accidente: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de reclamación: _____

Nombre/Teléfono del abogado: _____

Nombre/Teléfono del ajustador: _____



POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Mi firma a continuación indica que he revisado una copia del “Aviso de Prácticas de Privacidad” del Texas Neuro Spine Institute y que, si tengo alguna pregunta, puedo discutirla con el Oficial de Privacidad designado.

A continuación se lista las personas con las que autorizo que se hable sobre mi atención médica (esto no incluye médicos ni compensación laboral). Los registros se liberan rutinariamente a médicos referentes y ajustadores de compensación laboral.

1. _____

2. _____

Firma: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Recuerde que el seguro es un método de reembolso al paciente, no un sustituto del pago. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, coseguro o saldo no cubierto por su seguro.

Solicitamos que los cargos de la visita se paguen al final de cada consulta. Autorizo la liberación de cualquier información necesaria para determinar la responsabilidad del pago y obtener el reembolso. Asigno los beneficios a Texas Neuro Spine Institute.

Firma: _____ Fecha: _____



QUEJA PRINCIPAL Y HISTORIA DE SÍNTOMAS

Motivo principal de la consulta:

Cuándo comenzaron los síntomas? Mes/Año: _____

Cómo empezaron? Súbito (lesión/caída/trauma) Gradual Otro: _____

Describa los síntomas (marque todos los que apliquen):

Dolor Entumecimiento/Hormigueo Debilidad Dolor punzante Ardor Dolor sordo Espasmos/Calambres Problemas de equilibrio Mareos/Vértigo Dolores de cabeza

Convulsiones Cambios de memoria/cognitivos Cambios en la visión Problemas intestinales/vesicales

Ubicación del dolor y radiación:

Dolor de cuello? Sí/No → Irradia a: Hombros Brazos Manos

Dolor de espalda? Sí/No → Irradia a: Caderas Piernas Pies

Otras áreas: _____

Intensidad del dolor sin medicamentos (escala 0-10): _____

Qué empeora los síntomas? _____

Qué los mejora? _____

Interfiere con el sueño? Sí No Imposible trabajar? Sí No

Imposible realizar hobbies/tareas? Sí No

HISTORIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FAMILIAR

Historia médica pasada (marque Sí/No y explique si Sí):

Presión arterial alta Diabetes Derrame/TIA Enfermedad cardíaca/Infarto

Cáncer (tipo: _____)

Convulsiones/Epilepsia Esclerosis múltiple Parkinson Problemas de tiroides

Trastorno de coagulación Asma/EPOC Enfermedad renal Enfermedad hepática

Depresión/Ansiedad

Osteoporosis Otros: _____



Historia quirúrgica pasada (especialmente columna/cerebro/cuello):

Tipo de cirugía	Fecha	Cirujano	Complicaciones?

Alergias:

Alergias	Reaction



Medicamentos actuales (incluya recetas, de venta libre y suplementos):

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo

HISTORIA SOCIAL

Tabaco: Actual (paquetes/día: _____) Ex fumador (año que dejó: _____) Nunca
 Alcohol: Ninguno Ocasional Regular (bebidas/semana: _____)
 Drogas recreativas: Sí No Si sí, cuáles: _____

Historia familiar (condiciones neurológicas/médicas en familiares):

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS PREVIOS

Imágenes recientes (traiga CDs/informes):

- MRI Ubicación: _____ Parte del cuerpo: _____
- CT / Mielograma CT
- Rayos X
- EMG/Estudio de conducción nerviosa

Tratamientos previos:

- Terapia física Sí No
- Quiropráctica Sí No
- Inyecciones Sí No



Medicamentos para el dolor Sí No

POLÍTICA DE RECETAS Y REABASTECIMIENTO

Esta es una práctica quirúrgica. No proporcionamos medicamentos para el dolor a pacientes que no hayan sido operados en esta oficina. Las recetas solo se dan en el período postoperatorio inmediato (3 meses).

Las solicitudes de reabastecimiento se aceptan solo de lunes a viernes de 9:00 a 17:00. Favor de permitir 1 día hábil para procesar.

Firma: _____ Fecha: _____

POLÍTICA SOBRE PERMISOS MÉDICOS Y FORMULARIOS DE DISCAPACIDAD

Solo completaremos formularios de FMLA, discapacidad corta/larga plazo, compensación laboral, etc., para pacientes que hayan sido operados o estén bajo cuidado postquirúrgico activo en nuestra oficina.

Se cobrará una tarifa no reembolsable de \$25 por formulario (pago por adelantado).

No completamos estos formularios para condiciones no quirúrgicas.

Firma: _____ Fecha: _____