

DESERT SPINE INSTITUTE REGISTRACION

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____

INICIAL SEGUNDO NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SEXO: M ___ F ___ APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE: _____

ESTADO CIVIL: ___ SOLTERO ___ CASADO ___ DIVORCIADO ___ VIUDO ___ SEPARADO

SEGURO SOCIAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

DIRECCION: _____ PO BOX: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO CELULAR: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ TELEFONO DEL EMPLEADOR: _____

DOCTOR REFERENTE: _____ DOCTOR PRIMARIO: _____

IDIOMA PREFERIDO: _____ NECESITA INTERPRETE: _____

* SI ES NECESARIO UN INTERPRETE PARA EL PACIENTE, ASEGURENSE DE QUE ALQUIEN ACOMPAÑE AL PACIENTE EL DIA DE LA CITA, DE OTRA MANERA LA CITA PODRIA SER REAGENDADA.

ETNICIDAD: _____ RELIGION: _____

ES ESTA CITA DEVIDO A LESION DEL TRABAJO: SI _____ NO _____

ES ESTA CITA DEVIDO A ACCIDETE AUTOMOVILISTICO: SI _____ NO _____

NOMBRE DEL GARANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: (SI ES DIFERENTE): _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO DE CASA: _____

TELEFONO CELULAR: _____ SEGURO SOCIAL: _____

RELACION AL PACIENTE: ___ YO MISMO ___ ESPOSO/A ___ HIJO/A ___ OTRO

NOMBRE DE LA ASEGURANZA PRIMARIA: _____

NUMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DEL GRUPO: _____

NOMBRE DE LA ASEGURANZA SECUNDARIA: _____

NUMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DEL GRUPO: _____

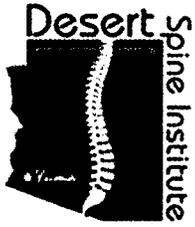
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO CELULAR _____

TELEFONO DEL TRABAJO: _____

LA INFORMACION ANTERIOR ES VERDADERA PARA LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. YO AUTORIZO QUE MIS BENEFICIOS DE SEGURO SE PAGEN DIRECTAMENTE AL MEDICO. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE FINANCIAMENTE POR CUALQUIER SALDO NO PAGADO. TAMBIEN AUTORIZO A DESERT SPINE INSTITUTE O LA COMPAÑIA DE SEGURO PARA DIVULGAR CUALQUIER INFORMACION NECESARIA PARA PROCESAR MIS RECLAMACIONES.

PACIENTE/ GUARDIAN: _____ FECHA: _____



EVALUACION DE PACIENTE NUEVO

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Dia de la Visita:** _____
Consulta de: _____ **Doctor Primario:** _____
Ciudad, Estado: _____ **Ciudad, Estado:** _____

Sintomas Presentes:

Dolor de Cuello Dolor de Espalda Escoliosis
 Dolor de Cuello y Brazo Dolor de Espalda y Pierna Otro: _____

Cual es la naturaleza de su problema:

Cuales actividades incrementan su dolor? (marque todas las que correspondan)

Sentado/a De pie Acostado/a Caminando Agachado Tosiendo
 Otro: _____

Hace cuanto tiene este problema?

Menos de un mes 1-3 meses 3-6 meses
 Mayor de 6 meses, cuanto tiempo? _____

Esta sin trabajo debido a este problema? No, Si Si es asi, por cuanto tiempo? _____

Tratamientos pasados:

Medicina: _____
Terapia: _____
Inyecciones: _____
Otro: _____

Historia Social:

Cual es su ocupacion: _____

Habitos:

Usted Fuma? Ex Fumador, No Si (____ paquete al dia, _____ años)

Usted Toma? No, Si (____ bebidas ala semana)

Usted participa en algun deporte o actividad de forma regular? _____

Corre algun problema medico en su familia? _____

Historial Medico:

Usted tiene? (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Efisema | <input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Ulcera peptica |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazon |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presion Alta | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Tazon Inflamatorio | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

Enliste todo el medicamento que tome:

| Medicina: | Dosis: | Medicina: | Dosis: |
|------------------|---------------|------------------|---------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Usted tiene alguna alergia? No, Si. Si es asi a que? _____

Usted tiene alergia a Yodo/ Mariscos/ Latex

| Enliste todas sus cirugias anteriores : | Fecha: | Cirujano: |
|--|---------------|------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Que estudios anteriores se a hecho??

| Estudio | Fecha: |
|------------------|---------------|
| Rayos- x | _____ |
| IRM | _____ |
| Escaneo CT | _____ |
| Mielograma | _____ |
| Gammagrafia Osea | _____ |
| Otro | _____ |

Evaluacion de enfermera:

Peso: ____ Estatura: _____

Systema de apoyo: _____ Dispositivo de asistencia: _____

PAIN SCALE
ESCALA DE DOLOR

Select the number on the scale that indicates your pain level 0=None 10=Max
Seleccione el numero en la escala que indique su nivel de dolor. 0=Ninguno 10=Maximo

Back Pain
> 0 . 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 . 7 . 8 . 9 . 10
Dolor de
Espalda

Neck Pain
> 0 . 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 . 7 . 8 . 9 . 10
Dolor de
Cuello

Leg Pain
> 0 . 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 . 7 . 8 . 9 . 10
Dolor en
la pierna

Arm Pain
> 0 . 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 . 7 . 8 . 9 . 10
Dolor en
el brazo

Other/Otro >0 . 1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 . 7 . 8 . 9 . 10

(Describe)

Name: _____ Date: _____

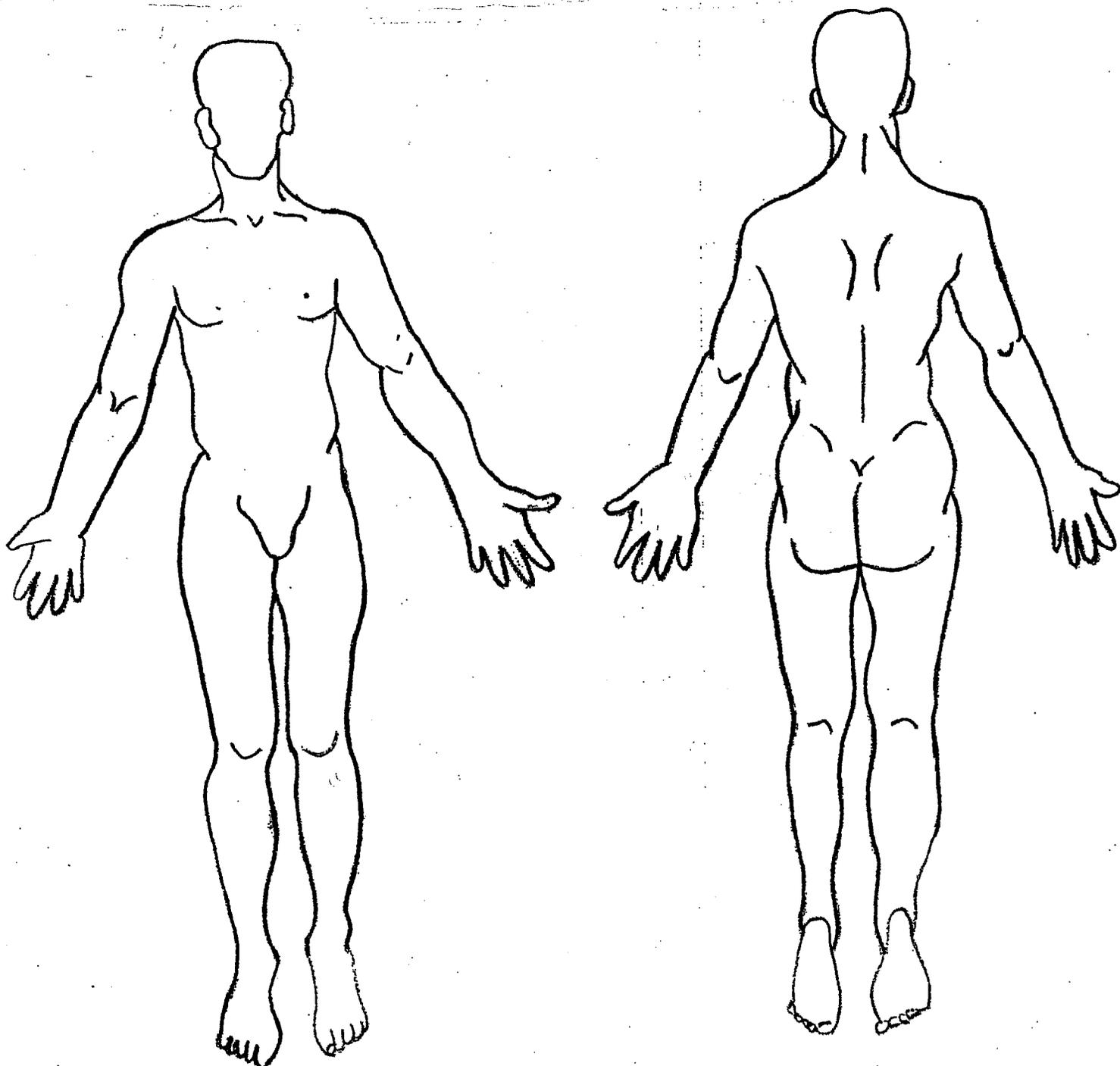
POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE DIBUJO PARA MOSTRAR DONDE ESTA SU DOLOR. NO NECESITA UTILIZAR TODOS LOS SIMBOLOS, SOLO LOS QUE APLICAN. ENTIENDO LA DIFICULTAD CON LAS DISCRIPCIONES DEL DOLOR, PERO POR FAVOR HAGA LO MEJOR QUE PUEDA.

DOLOR AGUDO: XXXXXXXXX

HORMIGUEO: ///////////////

DOLOR SORDO: ++++++++

ENTUMECIMIENTO: OOOOOOOOO



Discapacidad Oswestry Cuestionario

Este cuestionario ha sido diseñado para darnos información acerca de cómo su dolor de **espalda o pierna** está afectando su capacidad de poder en la vida cotidiana. Por favor conteste marcando una casilla en cada sección de la declaración que mejor se aplica a usted. Nos damos cuenta de que usted puede considerar que dos o más declaraciones en cualquier sección se aplican pero por favor solo marque la casilla que indica la declaración que ciertamente describe su problema.

Sección 1: Intensidad de Dolor

- No tengo dolor en el momento
- El dolor es leve en el momento
- El dolor es moderado en el momento
- El dolor es bastante grave en el momento
- El dolor es muy intenso en el momento
- El dolor es el peor imaginable en el momento

Sección 2: Cuidado Personal (lavarse y vestirse)

- Puedo cuidar de mi mismo(a) normalmente sin causar más dolor
- Puedo cuidar de mi mismo(a) normalmente pero me causa más dolor
- Es doloroso para cuidar de mi mismo(a) y soy lento y cuidadoso(a)
- Necesito algo de ayuda sino que se trabaja la mayor parte de mi cuidado personal
- Necesito ayuda todo los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal
- No me visto, me lavo con la dificultad y me quedo en la cama

Sección 3: Levantamiento

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- Dolor me impide levantar pesos pesados del suelo pero puedo manejar si están convenientemente colocados
- Dolor me impide levantar cosas pesadas pero puedo manejar cosas pequeñas y medianas si están colocados convenientemente
- Sólo puedo levantar pesos muy ligeros
- No puedo levantar o cargar cualquier cosa

Sección 4: Caminar

- Dolor no me impide caminar cualquier distancia
- Dolor me impide a caminar más de una milla
- Dolor me impide a caminar más de media milla
- Dolor me impide a caminar más de 100 metros
- Solo puedo caminar usando un baston o muletas
- Estoy en la cama la mayor parte del tiempo

Sección 5: Sentado

- Me puedo sentar en cualquier silla como me gusta
- Sólo puedo sentar en mi silla favorita como me gusta
- Dolor me impide estar sentado más de una hora
- Dolor me impide estar sentado más de treinta minutos
- Dolor me impide estar sentado más de diez minutos
- Dolor me impide estar sentado

Sección 6: De Pie

- Puedo estar de pie sin ningún dolor extra
- Puedo estar de pie el tiempo que quiero pero me causa extra dolor
- Dolor me impide estar parado por más de una hora
- Dolor me impide estar parado por más de una treinta minutos
- Dolor me impide estar parado por más de diez minutos
- Dolor me impide estar de pie en absolute

Sección 7: Dormir

- Mi sueño nunca es interrumpido por el dolor
- Mi sueño es de vez en cuando interrumpido por el dolor
- A causa del dolor tengo menos de 6 horas del sueño
- A causa del dolor tengo menos de 4 horas del sueño
- A causa del dolor tengo menos de 2 horas del sueño
- El dolor me impide dormir en absolute

Sección 8: Vida Sexual (Si procede)

- Mi vida sexual es normal y no causa dolor adicional
- Mi vida sexual es normal, pero causa un poco de dolor
- Mi vida sexual es casi normal, pero es muy doloroso
- Mi vida sexual está severamente restringida por el dolor
- Mi vida sexual es casi ausente por causa del dolor
- El dolor previene cualquier vida sexual en absolute

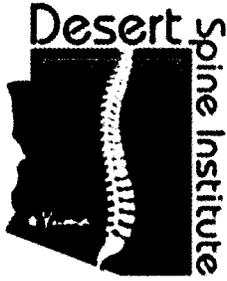
Sección 9: Vida Social

- Mi vida social es normal y no me causa dolor adicional
- Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor
- El dolor no tiene efecto significativo en mi vida social aparte de la limitación de mis intereses más enérgicos como deportes
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo frecuentemente
- El dolor ha restringido mi vida social a mi casa
- No tengo vida social debido al dolor

Sección 10: Viajes

- Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor
- Puedo viajar a cualquier lugar pero me cause dolor adicional
- El dolor es fuerte pero manejo viajes más de 2 horas
- El dolor me restringe a viajes de menos de 1 hora
- El dolor me restringe a viajes necesarios cortos menos de 30 minutos
- El dolor me impide viajar excepto para recibir tratamiento

TOTAL: _____



DESERT SPINE INSTITUTE
Shawn F. Hermenau, M.D.
2851 S Ave B, Building 24, Ste 2401
Yuma, Arizona 85364

Acuerdo De Paciente Nuevo

Al firmar este formulario, usted está permitiendo a Dr. Shawn Hermenau lo cuide como paciente bajo el modelo de relación médico-paciente. El modelo médico-paciente permite obtener informacion confidencial sobre su condición medica entre el paciente y el medico tratante de manera confidencial. Su informacion médica y demografía no se compartirá sin su consentimiento expreso por escrito. Dr. Hermenau o su personal solo discutirán problemas con usted al menos que primero de su consentimiento especifico por escrito o verbal para hablar con otros en su lugar o además de usted.

Todas las comunicaciones entre el médico y el paciente o sus designados serán documentadas en el registro medico completo. No se entregarán por teléfono resultados de pruebas, como resultados de imágenes o laboratorio. Discusiones sobre su información médica solo será en persona. Es nuestra póliza que, en cualquier hallazgo anormal significativo durante los exámenes médicos, como laboratorio o imágenes, se generara una carta registrada o certificada de dicho hallazgo para el paciente. Es imperativo mantener actualizada la informacion demográfica con nuestra oficina por este motivo y evitar demoras en la atención médica.

En caso que la relación médico-paciente necesite ser terminado, se completará una notificación por escrito de la terminación. El paciente tiene derecho a terminar la relación y nuestro personal podrá ayudar a encontrar seguimiento médico para el paciente en lo mejor de nuestra capacidad. En caso de que el Dr. Hermenau necesite terminar la relación, se enviara una carta certificada al paciente explicando el motivo y proporcionara los nombres de otros proveedores que podrían atender mejor al paciente. Los motivos para la terminación de la relación en nombre del Dr. Hermenau incluye, pero se limitan a fraude, abuso verbal o fisico hacia el personal o el proveedor, incumplimiento de los planes de atención, búsqueda de medicamento controlado, o incumplimiento del pago de los servicios.

Firma del Paciente/Guardian

Fecha

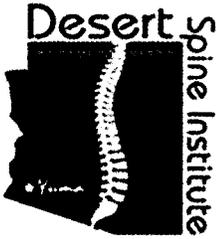
Accidente Automovilístico

*** Si usted necesita que lo vean como resultado de un accidente automovilístico, deberá pagar por los servicios el día de la cita y enviar el recibo a su seguro automotor. Al no revelar esto por adelantado podría resultar en la terminación de la oficina.

Phone: 928-247-9714

Fax: 928-247-9718

WWW.DESERTSPINEINSTITUTE.COM



POLIZA FINANZIERIA Y ACUERDO DE PACIENTE NUEVO

Gracias por elegirnos como su proveedor de ortopedista. Estamos comprometidos con su cuidado y tratamiento. Por favor, comprenda que nuestra oficina tiene facturas y gastos generales al igual que cualquier negocio, por lo que debemos pedirle su conocimiento para lo siguiente:

El pago de su copago y/o deducible se debe al momento del servicio. Si no tiene seguro médico; la visita debe pagarse en su totalidad con tarjeta de crédito o efectivo. Nosotros someteremos todos los cargos a su compañía de seguros como cortesía, por favor pregunte si estamos contratados con su proveedor de seguros.

Le pedimos que, si no puede asistir a una cita, por favor notifiquenos al menos 48 horas de anticipación. **Si no nos informas que no mantendrá su cita, se le cobrará una tarifa de \$50.00. Deberá ser pagado antes de reprogramar su cita.** Si no cumple con sus citas constantemente, el medico puede terminar su atención médica, es su responsabilidad como paciente cumplir con todas las citas programadas y cumplir con el tratamiento recomendado por el médico. Del mismo modo, es nuestra responsabilidad informarle sobre cualquier cambio en nuestro horario tan pronto como tengamos conocimiento de dichos cambios.

Finalmente, le damos la bienvenida a nuestra familia de Desert Spine y esperamos satisfacer todas sus necesidades de cuidado de la salud ortopédica.

Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

OBLIGACION DEL PACIENTE AL SER ENVIADO A COLECCIONES

En caso de que el paciente o la persona responsable no hayan pagado los servicios proporcionados por esta oficina y se coloque en colección, el paciente o la persona responsable entienden y aceptan que un monto adicional, equivalente al 40% del saldo adeudado al momento de ser enviado a colecciones será añadido a su balance actual. **(Por ejemplo: Si un paciente debe \$100.00, se le agregara \$40.00 al saldo enviado a la colección. La cantidad total será de ahora de \$140.00).** El paciente de la parte responsable acepta pagar intereses del 10% hasta que el monto se pague en su totalidad. El paciente o la persona responsable también acuerdan pagar todos los honorarios de abogados y costos judiciales necesarios para cobrar este saldo.

Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____



REGISTRACION DE DIVULGACION DEL PACIENTE

Las regulaciones de HIPAA requiere que nuestra oficina obtenga la informacion listada en este formulario para su proteccion. Tiene derecho a solicitar una restriccion sobre los usos y divulgaciones de su informacion medica. Ademàs, se le otorga el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales para su informacion media.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

| | |
|--|---|
| Teléfono de casa | Correspondencia escrita |
| <input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje con detalles | <input type="checkbox"/> Enviar correo a casa |
| <input type="checkbox"/> Esta bien para enviar correo a la dirección de casa | <input type="checkbox"/> Enviar correo al trabajo |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje para llamar a la oficina SOLAMENTE | Otro _____ |

Teléfono de trabajo

Esta bien enviar correo a la dirección del trabajo

Está bien dejar un mensaje con detalles

Deje un mensaje para llamar a la oficina SOLAMENTE

| | | |
|---------------------|-------|--------------------|
| Nombre del paciente | Fecha | Firma del paciente |
|---------------------|-------|--------------------|

Las reglas de privacidad requieren que nuestra oficina mantenga un registro de la divulgación de su información médica. Los registros de cualquier divulgación de registros médicos se documentarán adecuadamente en sus registros y será un registro adecuado de divulgaciones. **Nota: Las divulgaciones de su información médica pueden hacerse en caso de emergencia sin consentimiento previo. Si desea que algún miembro de su familia tenga acceso a su información médica sin su consentimiento previo, DEBE indicar su nombre completo a continuación para que podamos divulgar cualquier información:**

| | |
|--------|--------|
| Nombre | Nombre |
|--------|--------|

| | |
|--------|--------|
| Nombre | Nombre |
|--------|--------|

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Desert Spine Institute.

| | |
|--|-------|
| Firma del paciente o individuo legalmente autorizado | Fecha |
|--|-------|

| | |
|--|-------|
| Escriba el nombre en letra de imprenta si está firmado en nombre del paciente. | Fecha |
|--|-------|