

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.

ETNNICIDAD: _____ 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: _____

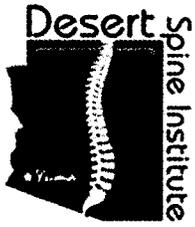
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

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: _____

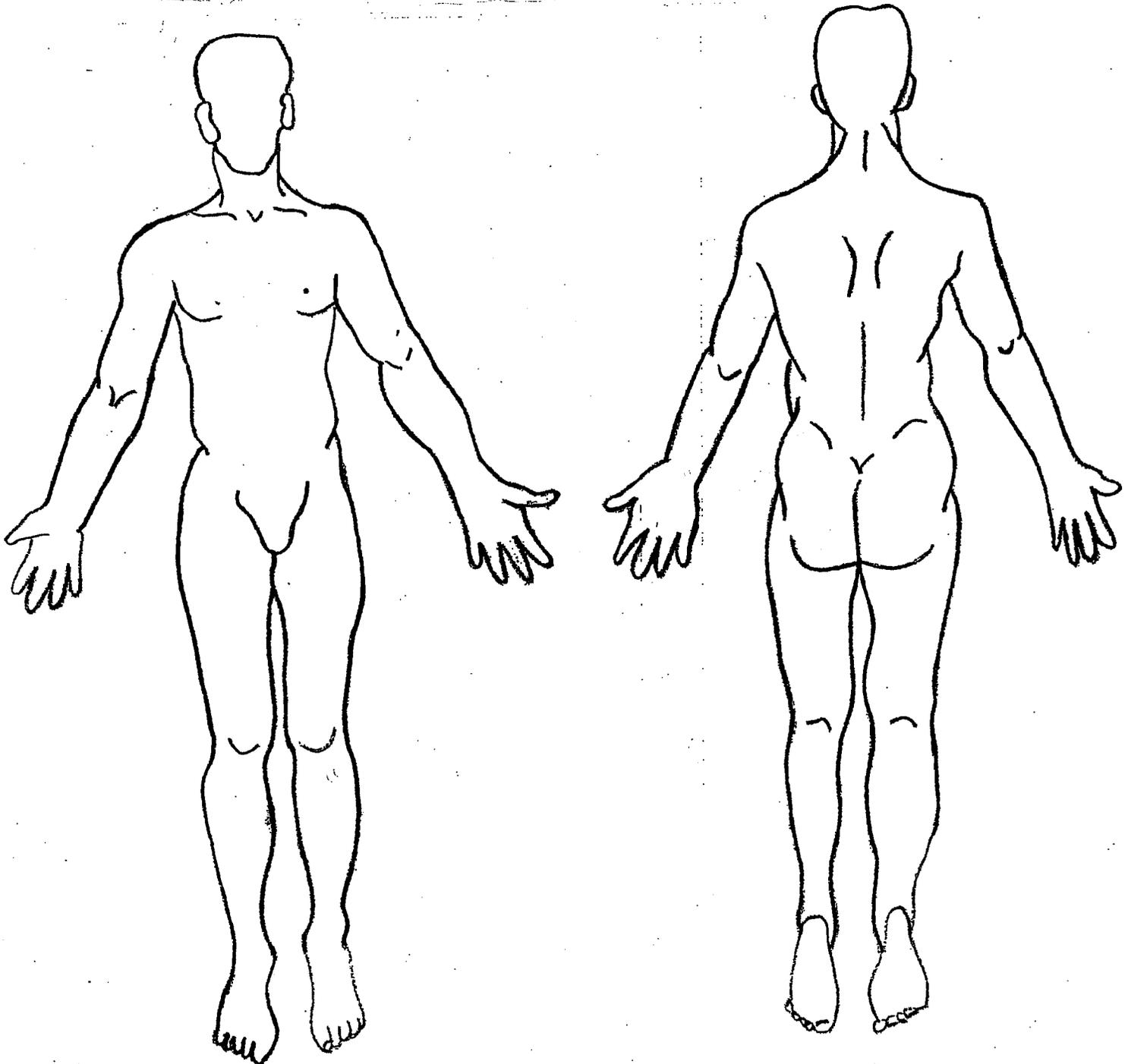
POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE DIBUJO PARA MOSTRAR DONDE ESTA SU DOLOR. NO NECESITA UTILIZAR TODOS LOS SIMBOLOS, SOLO LOS QUE APLICAN. ENTIENDO LA DIFICULTAD CON LAS DISCRIPCIONES DEL DOLOR, PERO POR FAVOR HAGA LO MEJOR QUE PUEDA.

DOLOR AGUDO: XXXXXXXXX

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

DOLOR SORDO: ++++++++

ENTUMECIMIENTO: OOOOOOOOO



Neck Disability Index

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a comprender mejor cómo su dolor de cuello afecta su capacidad para administrar las actividades de la vida cotidiana. Por favor marque en cada sección la casilla que se aplica a usted. Aunque se puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se refieren a usted, por favor marque la casilla que más claramente se describe la situación actual.

Sección 1: Intensidad de Dolor

- No tengo ningún dolor en el momento.
- El dolor es muy leve en el momento.
- El dolor es moderado por el momento.
- El dolor es bastante grave en estos momentos.
- El dolor es muy severo en el momento.
- El dolor es el peor imaginable en el momento.

Sección 2: Cuidado Personal (lavarse y vestirse)

- Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar dolor extra.
- Puedo cuidar de mí mismo normalmente, pero me causa dolor extra.
- Es doloroso cuidar de mí mismo, y yo soy lento y cuidadoso.
- Necesito ayuda pero puedo manejar la mayor parte de mi cuidado personal.
- Necesito ayuda cada día en la mayoría de los aspectos de autocuidado.
- No vestirse, lavarse con dificultad y quedarse en la cama.

Sección 3: Levantamiento

- Puedo levantar pesos pesados sin causar dolor extra.
- Puedo levantar pesos pesados, pero me da dolor extra.
- Dolor me impide levantar pesos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están convenientemente colocados.
- Dolor me impide levantar pesos pesados, pero yo puedo administrar pesos ligeros si son convenientemente colocados.
- Sólo puedo levantar pesos muy ligeros.
- No puedo levantar o transportar objetos en absoluto.

Sección 4: Trabajo

- Puedo hacer todo el trabajo que quiero.
- Sólo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más.
- Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más.
- Yo no puedo hacer mi trabajo habitual.
- Casi no puedo hacer ningún trabajo en absoluto.
- Yo no puedo hacer ningún trabajo en absoluto.

Sección 5: Dolores de Cabeza

- No tengo ningún dolor de cabeza.
- Tengo leves dolores de cabeza que vienen con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con poca frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza moderados que vienen con frecuencia.
- Tengo fuertes dolores de cabeza que vienen con frecuencia.
- Tengo dolores de cabeza todo el tiempo.

Sección 6: Concentración

- Yo puedo concentrarme completamente sin dificultad.
- Yo puedo concentrarme completamente con dificultad leve.
- Tengo un buen grado de dificultad para concentrarme cuando quiero.
- Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero.
- Tengo una gran dificultad para concentrarme cuando quiero.
- No puedo concentrarme en absoluto.

Sección 7: Dormir

- No tengo problemas para dormir.
- Mi sueño es ligeramente perturbada por menos de 1 hora.
- Mi sueño es medianamente perturbado de hasta 1-2 horas.
- Mi sueño es moderadamente perturbado hasta 2-3 horas.
- Mi sueño es profundamente perturbado por 3-5 horas.
- Mi sueño es completamente perturbado por 5-7 horas.

Sección 8: Conducción

- Puedo manejar mi coche sin ningún dolor en el cuello.
- Puedo manejar mientras quiero con un leve dolor en mi cuello.
- Puedo manejar como quiero con dolor moderado en mi cuello.
- No puedo manejar como quiero debido a dolor de cuello moderado.
- Apenas puedo manejar por grave dolor en el cuello.
- No puedo manejar en absoluto mi coche debido a dolor de cuello.

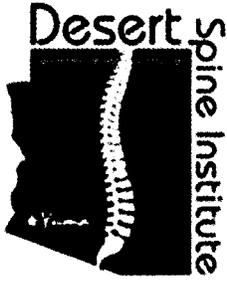
Sección 9: Leyendo

- Puedo leer todo lo que quiero con ningún dolor en mi cuello.
- Puedo leer todo lo que quiero con leve dolor en mi cuello.
- Puedo leer todo lo que quiero con dolor moderado en mi cuello.
- No puedo leer todo lo que quiero debido a dolor moderado en mi cuello.
- Puedo apenas leer en absoluto debido a dolor en mi cuello.
- No puedo leer en absoluto.

Sección 10: Recreo

- No tengo ningún dolor en el cuello durante todas las actividades recreativas.
- Tengo algún dolor en el cuello con todas las actividades recreativas.
- Tengo algún dolor en el cuello con una pocas actividades de recreo.
- Tengo dolor en el cuello con más actividades recreativas.
- Casi no puedo hacer actividades recreativas debido a dolor en el cuello.
- No puedo hacer actividades recreativas debido a dolor en el cuello.

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
--	-------