

Registro De Pacientes

Bienvenido a nuestra oficina. Estamos comprometidos a proporcionar la rehabilitación más completa para disminuir el dolor y mejorar su movilidad y calidad de vida en general. Por favor ayúdenos proporcionando la siguiente información lo mejor que pueda. Toda la información es confidencial y se divulga únicamente con su consentimiento. Por favor, no dude en hacernos cualquier pregunta que pueda tener.

Nombre		Segundo Nombre		Apellido:		
Fecha de nacimiento:		Años:	Sexo:	Seguridad Social #:		
Altura:	Peso:	Estado civil:		Ocupación:		
Dirección :			Ciudad:	Estado :	Código postal :	
Casa #:		Cell #:		Trabajo #:		
correo electrónico:						
contacto de emergencia:			Relacion:		Telefono #:	
Race (check): <input type="checkbox"/> Other/ Refused to report <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic			Ethnicity (Check): <input type="checkbox"/> Other/ Refused to report <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino			
Nombre del médico de referencia :						
Dirección:			Telefono #:		Fax #:	
Nombre del médico de atención primaria :						
Dirección:			Telefono #:		Fax #:	
Nombre de la farmacia:						
Dirección:			Telefono #:		Fax #:	
Previous Pain Physician Name:						
Dirección:			Telefono #:		Fax #:	
Por favor circule el tipo correcto de seguro a continuación.						
Seguro de salud--- Compensación laboral--- Lesiones del automóvil						
Compañía de seguros primarios:						
Dirección:			Telefono #:		Fax #:	

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente):			
Miembro#:	Grupo #:		
seguros secundaria:			
Dirección:	Telefono #:	Fax #:	
Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)			
Member #:	Group #:		

Choice Pain & Rehabilitation

◇Lanham ◇Gaithersburg ◇Hyattsville ◇Dundalk
(P)240-786-1001 (F)240-786-1002

Política de la Oficina

Bienvenido a nuestra oficina. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Para lograr ese objetivo, su comprensión de la política de nuestra oficina es esencial. Lea esto atentamente y firme en la parte inferior de la página.

- 1. Copago:** los copagos deben pagarse antes de ver al médico. Si llega sin su copago, es posible que se le solicite una reprogramación.
- 2. Referencias:** nuestra oficina requiere una referencia para todos los pacientes, independientemente del seguro. Si su seguro requiere que tenga una referencia actual para vernos, debe obtener uno antes de su visita. De lo contrario, será responsable del costo total de su visita.
- 3. Saldo del paciente:** los saldos deben pagarse antes o en el momento de su próxima cita, a menos que nuestro personal de facturación o recepción disponga lo contrario.
- 4. Cheques:** no se aceptan cheques como forma de pago. Todos los copagos y / o saldos deben pagarse con tarjeta de crédito / débito o en efectivo.
- 5. Citas perdidas:** si no puede asistir a su cita, requerimos un aviso de 24 horas. Los proveedores no pueden hacer excepciones a esta política. Hay una tarifa de \$ 25 por visitas al consultorio y en inyecciones en el consultorio. Hay una tarifa de \$ 100 por citas perdidas de EMG / NCS. Todas las tarifas por procedimientos perdidos programados en un centro de cirugía se cobrarán a discreción de ese centro de cirugía.
- 6. Tardanzas:** si llega más de 10 minutos tarde, el médico lo verá a su discreción. Se le puede pedir que re programe.
- 7. Cobertura de seguro:** su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Debe familiarizarse con los detalles de su cobertura ya que no podemos investigar su póliza en su visita.
- 8. Servicios no cubiertos:** no todos los servicios, como los procedimientos cosméticos, son beneficios cubiertos en todos los contratos. En tales casos, se le pedirá que pague el monto total al momento de su visita. Podemos proporcionarle información de reclamo por solicitud.

He leído esta información en su totalidad y acepto cumplir con las políticas de esta práctica. Entiendo que la violación de este contrato puede llevar a mi despido de la práctica a discreción de mi proveedor.

(Patient/ Legal Guardian)

(Date)

Acuerdo del Paciente

Aviso de prácticas de privacidad HIPPA:

Yo, _____, afirmo que recibí y revisé una copia de la Notificación de prácticas de privacidad HIPPA de Choice Pain & Rehabilitation Center LLC antes de que la práctica de nombres mencionados y sus asociados prestaran algún servicio.

Autorización para pagar beneficios al médico / elección Dolor y rehabilitación:

Yo (abajo firmante) autorizo el pago de beneficios médicos a Choice Pain & Rehabilitation Center LLC, por cualquier servicio que me sea proporcionado. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier monto que no esté cubierto por mi seguro.

Acuerdo financiero:

Entiendo que Choice Pain & Rehabilitation cobra un 12% de interés en todas las cuentas pasadas los 30 días. En caso de que no cumpla con los pagos adeudados, acepto pagar todos los costos de los cobros, incluidos los honorarios de cobro, los costos judiciales y los honorarios razonables de abogados hasta el 35% del saldo pendiente. Autorizo a Choice Pain & Rehabilitation Center a solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Solicito que el pago de mi seguro se realice directamente al Centro de rehabilitación y dolor de Choice. Entiendo que, independientemente del seguro, el pago es responsabilidad del paciente / garante.

Publicación de expediente médico:

Le autorizo a divulgar información relacionada con la atención médica, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros que se me proporcionaron a mi compañía de seguros y / o consultores médicos por correo o fax. Esta información solo se utilizará dentro de las pautas de HIPPA para el tratamiento y / o el pago.

Consentimiento a la información médica confidencial: (opcional)

Por la presente autorizo a Choice Pain & Rehabilitation a compartir cualquiera y toda mi información médica / de facturación con las siguientes personas:

Nombre completo: _____

Relación: _____

Nombre completo: _____

Relación: _____

He leído y entiendo los párrafos anteriores en su totalidad.

(Paciente / tutor legal) (Fecha)

SOLO PACIENTES DE MEDICARE:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a Choice Pain & Rehabilitation Center LLC por cualquier servicio que me haya prestado el médico. Autorizo la divulgación de mis registros médicos a la Administración de Financiación de la Atención Médica y sus agentes por correo / fax que puedan ser necesarios para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

He leído y entiendo el párrafo anterior en su totalidad.

¿Qué médicos has visto para el tratamiento relacionado con tu dolor? Rellena el cuadro lo mejor que puedas.
 (E.g. Dr. Tristan Shockley> Pain management> Jan 2017/May 2017> Injections)

Nombre del Doctor	Especialidad	Fecha de la visita	Tratamiento
1.			
2.			
3.			
4.			

¿Qué estudios de diagnóstico has completado desde que comenzó el dolor? ¿Completa el cuadro lo mejor que puedas?
 (E.g. Community Radiology> MRI Lumbar Spine> Aug 2016> Degenerative discs)

Radiology/Other Facility	Study Completed	Date Completed	Results
1.			
2.			
3.			
4.			

What treatments/medications are you receiving or have received in the past for your pain? How much relief did it provide from 0-10; 0 being no relief and 10 being complete relief?
 (E.g. Tens Units> 4> Currently receiving)

Treatment/Medication	Relief 0-10 (circle)	Check if currently receiving
1.	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	<input type="checkbox"/>
2.	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	<input type="checkbox"/>
3.	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	<input type="checkbox"/>
4.	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	<input type="checkbox"/>

Is your current pain the result of a work related accident?.....Yes/No
 If “yes” please write the date of injury(s). Date of Injury(s) _____

Is your current pain the result of a non-work related accident? (E.g. Auto injury or fall).....Yes/No
 If “yes” please write the date of injury(s). Date of Injury(s) _____

Are you presently involved in a lawsuit related to your pain?Yes/No
 If “yes” please explain on the lines below.

By answering the following questions, you will help you physician better understand and treat your pain.

When and how did your pain begin? Explain on the lines below. (E.g. Pain began in 2012 after falling on ice.)

What is your functional goal(s)? (E.g. Regain normal walking ability)

Are there any other symptoms associated with your pain?

Circle any symptoms that you have been experiencing in the last 6 months.

- | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------|------------------|-----------------------|----------------------|
| Headaches | Vision problems | Hearing problems | Dizziness | Difficulty swallowing | Fever/ Chills |
| Unexplained weight loss | Joint instability | Stomach pain | Nausea/ Vomiting | Erection problems | Constipation |
| Diarrhea | Chronic fatigue | Numbness/ Tingling | Night pain | Chest pain | Shortness of breath |
| Urinary incontinence | Rashes | Swollen joints | Night sweats | Weakness | Finger/feet swelling |

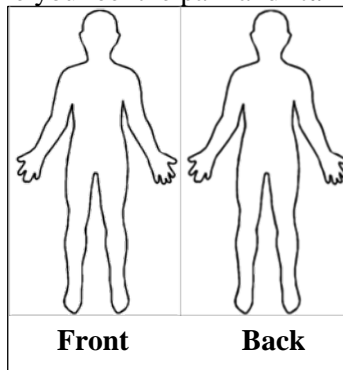
Circle the words that best describe your pain below.

- | | | | | | | | | | |
|------------|-----------|-------------|-----------|------------|--------------|------------|----------|------|-------------|
| Aching | Sharp | Penetrating | Throbbing | Tender | Nagging | Shooting | Burning | Numb | Stabbing |
| Exhausting | Miserable | Gnawing | Tiring | Unbearable | Intermittent | Continuous | Tingling | Dull | Other _____ |

Circle the number below that best describes how the pain has interfered with your daily functioning. 0 being the pain does not interfere at all, and 10 being the pain completely interferes.

General activity.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Mood.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Walking ability.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Normal work routine.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Relations with other people.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Sleep.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Enjoyment of life.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Ability of concentrate.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Appetite.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

On the diagrams below, *shade* the area(s) where you feel the pain and *mark* with an “X” the areas that hurt the most.



What make the pain feel better? (E.g. heat, medicine, ice pack, hot bathes)

What makes the pain feel worse? (E.g. prolonged walking, standing, lifting, weather changes)

Circle the number that best describes your pain at each point during that last month. 0 being no pain at all, and 10 being the worst pain imaginable.

Worst pain level.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Least pain level.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Average pain level.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Current pain level.....	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Current Medication List: Please include all medications you are currently taking. If none, check the box below.

No known medications

Medical History: Please place a check mark “✓” under the column if you have the disease/condition. If you condition is not listed, write it in the space labeled other. If none, check the box below.

No known medical conditions

Diabetes	Hypertension	Heart disease	Stroke	Mental Illness	Cancer	Other

Allergies: List any allergies and their outcome (especially medications). If none, check the box below.

No known drug allergies

Allergen	Reaction
1.	
2.	
3.	
4.	

Surgeries: List any surgeries you have had and the date they were completed. If none, check the box below.

No known surgeries

Surgery	Treating physician/ Location	Date Completed
1.		
2.		
3.		
4.		

Family History: Please place a check mark “✓” under the column if the family member has the disease. If none, check the box below.

No known family medical history/ Adopted

Family member	Alive, Deceased, Unknown	Diabetes	Hypertension	Heart disease	Stroke	Mental illness	Cancer	Other	Drug/Alcohol abuse
Father	A, D, U								
Mother	A, D, U								
Paternal Grand Father	A, D, U								
Paternal Grand Mother	A, D, U								
Maternal Grand Father	A, D, U								
Maternal Grand Mother	A, D, U								
Paternal uncle	A, D, U								
Paternal aunt	A, D, U								
Maternal uncle	A, D, U								
Maternal aunt	A, D, U								
Siblings	A, D, U								
Children	A, D, U								
Other/ Spouse	A, D, U								

Smoking Status: Check your current status below. If status is positive, please fill out the associated questions.

- Current smoker Former smoker [Quit date: _____] Nonsmoker

How often do you smoke cigarettes?

- Every day
 Some days, but not every day

How many cigarettes a day do you smoke?

- 5 or less
 6-10
 11-20
 21-30
 31 or more

How soon after waking up do you smoke your first cigarette?

- Within 5 minutes
 6-30 minutes
 31-60 minutes
 After 60 minutes

Are you interested in quitting?

- Ready to quit
 Thinking about quitting
 Not ready to quit

Alcohol Status: Have you had a drink containing alcohol in the past year? If status is positive, please fill out the associated questions.

- Yes No longer drink alcohol [Date last consumed: _____] No

How often did you have a drink containing alcohol in the past year?

- Never
 Monthly or less
 2-4 times a month
 2-3 times a week
 4 or more times a week

How many drinks did you have on a typical day when you were drinking in the past year?

- 1-2 drinks
 3-4 drinks
 5-6 drinks
 7-9 drinks
 10 or more drinks

How often did you have 6 or more drinks on one occasion in the past year?

- Never
 Less than monthly
 Monthly
 Weekly
 Daily or almost daily

Illicit Drug Status: Please answer each question by circling “yes/no”. If status is positive, please check all substances that you have used.

Have you used drugs other than for medical reasons in the past 12 months?.....Yes/No

<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> Cocaine	<input type="checkbox"/> Heroin
<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Pain medications (List:_____)	<input type="checkbox"/> Other (List:_____)

Have you used drugs other than for medical reasons at any point in your life?Yes/No

<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> Cocaine	<input type="checkbox"/> Heroin
<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Pain medications (List:_____)	<input type="checkbox"/> Other (List:_____)

Have you ever had a DUI (driving under the influence)?Yes/No

If “yes” please list the date(s) _____ Date of DUI(s) _____

Social Status: Please answer the following questions to the best of your ability.

What is your occupation? Describe your responsibilities. _____

- Full-time
- Part-time
- Disability
- Retired
- Unemployed
- Self-employed

Are you currently a student?.....Yes/No

If “yes” Part-time or Full-time

Do you drive?.....Yes/No

If “yes” how often? _____

Do you exercise regularly?.....Yes/No

If “yes” how often and what activity? _____

Who do you live with? _____

Use the lines below to write any important information you would like your provider to know about you or your condition that you feel would help direct your treatment. (Optional)

Notes: _____

Office ORT: Please answer the following questions to the best of your ability

Total Score _____

Are you Male or Female? (Please check)

Is there a family history of abuse to the following? (Please check all that apply)

F1 M3 Alcohol

F2 M3 Illegal Drugs

F4 M4 Prescription Drugs

F0 F0 Not Applicable

Have you ever abused any of the following? (Please check all that apply)

F3 M3 Abuse Alcohol

F4 M4 Illegal Drugs

F5 M5 Prescription Drugs

F0 M0 Not Applicable

Are you between the ages of 16 – 45 years old? (Please check)

F1 M1 Yes No

Do you have any history of sexual abuse before the age of 10? (Please check)

F3 M0 Yes No

Do you have any of the following? (Please check all that apply)

F2 M2 Attention Deficit Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Bipolar disorder, Schizophrenia

F1 M1 Depression

F0 M0 Not Applicable

Cognitive Assessment: Have you ever experienced any of the following?

Check all that apply

- Sensation of not feeling right, being a little confused or unsteady?
- Spells you would describe as feeling faint or as if you might pass out?
- Events where you've experienced altered awareness?
- Episodes of temporary confusion or brain fog?
- Dizziness accompanied by loss of awareness or confusion?
- Difficulty finding the right words or expressing yourself?
- Lapse of time or zoning out?
- Difficulty recalling the details of conversations? (E.g. Conversations you recently had or TV shows you just watched.)
- None

Migraines/Headaches: Are you experiencing daily/weekly migraines associated with the following symptoms?

Check all that apply

- Aura or flashing/shimmering lights
- Dizziness
- Loss of awareness/consciousness
- None

Use the lines below to write any important information you would like your provider to be aware of. (Optional)

Notes: _____

