



## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Mi. Inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Género:  M  F Estado civil:  S  M  D  W

Raza:  Afroamericano  Indio americano  Asiático  Caucásico  Hispano  Isleño del Pacífico  Otra

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono preferido #: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario #: \_\_\_\_\_

seleccionar:  CÉLULAR  EL HOGAR  EL TRABAJO      seleccionar:  CÉLULAR  EL HOGAR  EL TRABAJO

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Persona de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador #: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

# de teléfono preferido: \_\_\_\_\_ # de teléfono secundario: \_\_\_\_\_

seleccione:  CELULAR  HOGAR  TRABAJO      seleccione:  CELULAR  HOGAR  TRABAJO

### MOTIVO DE LA VISITA/INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Motivo de la cita: \_\_\_\_\_ Fecha en que comenzaron los síntomas: \_\_\_\_\_

Médico remitente (si corresponde): \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de referencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del PCP: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### FARMACIA

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### SEGURO DE ENFERMEDAD

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

# de póliza: \_\_\_\_\_ # de identificación de grupo: \_\_\_\_\_

Apellido del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente:  cónyuge  tú  padre  otro

empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ # de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
# de póliza: \_\_\_\_\_ ID de grupo #: \_\_\_\_\_  
Apellido del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente:  Cónyuge  tú  padre  otro  
empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador #: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### **GARANTE/TUTOR LEGAL (SI CORRESPONDE)**

Padre  Tutor Legal  Otro Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (SI CORRESPONDE)**

¿Se trata de una lesión relacionada con el trabajo?  SÍ  NO ¿Lo denunciaste?  SÍ  NO  
¿Su empleador aprobó esta visita?  SÍ  NO Fecha/Hora de la lesión: \_\_\_\_\_  
Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_  
Persona de contacto en el lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
Fecha de la última vez que trabajó: \_\_\_\_\_  
Aseguradora de Compensación para Trabajadores: \_\_\_\_\_ Reclamo #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES/LESIONES PERSONALES (SI CORRESPONDE)**

¿Vehículo motorizado/lesiones personales?  SÍ  NO  
Fecha/Hora del accidente: \_\_\_\_\_ Estado ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Reclamo #: \_\_\_\_\_  
Teléfono #: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL ABOGADO (SI CORRESPONDE)**

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**¿CÓMO CONOCISTE PARKVIEW? (Por favor, sea específico):**

Familia/Amigo

Médico (especifique): \_\_\_\_\_

Ha sido nuestro paciente en el pasado

Administrador de casos de compensación para trabajadores o abogado

Hospital/Atención de Urgencia (especifique): \_\_\_\_\_

Entrenador/capacitador (especifique): \_\_\_\_\_

Internet (círculo: Google/Facebook/Parkview Website/Yelp/Healthgrades)

Otros (especifique): \_\_\_\_\_

Todos los La información proporcionada es completa y precisa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

SU IDENTIFICACIÓN CON FOTO, TARJETA DE SEGURO Y COPAGO SON REQUERIDOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA. SI NO TIENE SU TARJETA DE SEGURO DISPONIBLE, TODOS LOS CARGOS SERÁN SU RESPONSABILIDAD Y SERÁN PAGADEROS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. OBTENER LAS FORMULAS DE REFERENCIA REQUERIDOS ES SU RESPONSABILIDAD, AL IGUAL QUE TODOS LOS SALDOS IMPAGOS Y/O RECLAMACIONES DENEGADAS.

## HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Por favor, complete las cuatro páginas de este formulario

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Tipo de trabajo realizado: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a esta oficina? \_\_\_\_\_

Significativo actividades deportivas o recreativas:

\_\_\_\_\_ ¿Cuál es el motivo principal de su visita? (p.  
ej. dolor, debilidad, entumecimiento,  
escoliosis): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde está el dolor/entumecimiento? (p. ej. cuello, brazo derecho, espalda baja, muslo izquierdo, hombro, cadera, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando comenzaron los síntomas de la espalda o el cuello? \_\_\_\_\_

Cuando comenzaron los síntomas del brazo o la  
pierna? \_\_\_\_\_

¿Está esto relacionado con una lesión? (sí/no/posiblemente) \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

### Clasifique la lesión:

Lesiones en el trabajo

Accidente vehicular; Accidente de Estado ocurrido: \_\_\_\_\_

Lesión deportiva

Resbalones y caídas

Elevación/flexión

Otros: \_\_\_\_\_

Describa la lesión (p. ej. se detuvo en un semáforo cuando fue chocado por detrás, o se agachó para recoger una caja, o no se le conoce ninguna lesión) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si se lesionó en el trabajo, ¿se presentó un informe de lesiones?  Sí  No

¿Quién era su empleador en el momento de la lesión? \_\_\_\_\_

**Situación laboral:**

- Empleado sin restricciones ni limitaciones
- Empleado con restricciones o limitaciones
- Ama de casa sin restricciones ni limitaciones
- Ama de casa con restricciones o limitaciones
- Temporalmente no trabaja debido al dolor
- Liberado del trabajo porque el dolor le impide completar el trabajo
- No empleado
- En discapacidad
- Estudiante
- Jubilado
- En compensación laboral
- Otros: \_\_\_\_\_

**Acción judicial:**

- Ninguno  Potencial  Progresando  Resuelto

¿Tiene un testamento de vida?  Sí  No

¿Tienes incontinencia intestinal o de vejiga?  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_

¿Sus síntomas empeoran en:

- Mañana  Tarde  Atardecer  Noche  Varía  No aplica

¿El dolor te despierta durante la noche?  Sí  No

¿Cuál es la actividad o posición que mejor alivia los síntomas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qué es la actividad o posición que empeora tus síntomas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué no puedes hacer a causa de tu dolor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas se le ha realizado:

Ninguno  Radiografías  Resonancia magnética  Tomografía computarizada   
Mielografía  EMG  Gammagrafía ósea

Otros: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes familiares de problemas de columna?  Sí  No

### **HISTORIAL SOCIAL:**

¿Con quién vives?  Familia  Amigos  Solo  Otro: \_\_\_\_\_

¿Fuma:  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  Ninguno  Rara vez  Socialmente  Diario

### **HISTORIAL MÉDICO:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema médico?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno               | <input type="checkbox"/> Úlceras                       |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Diabetes                      |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco       | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Tiroides                      |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                   |

Haga una lista de todas sus cirugías anteriores (para cualquier cirugía realizada en los últimos tres años, indique el mes y el año) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos tomas regularmente o estás tomando actualmente? \_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos a los que es alérgico: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN GENERAL DE LOS SISTEMAS:** Por favor, marque sí o no, para ver si hay síntomas actuales e inexplicables.

Pérdida de peso reciente e inexplicable  Sí  No

Visión borrosa o doble  Sí  No

Pérdida de audición o zumbido  Sí  No

Dolor en el pecho  Sí  No

Dificultad para respirar  Sí  No

Náuseas o vómitos  Sí  No

Sangre en las heces  Sí  No

Ardor o dolor al orinar  Sí  No

Sarpullido o picazón  Sí  No

Aturdido o mareado  Sí  No

Pérdida de memoria o confusión  Sí  No

Tendencia al sangrado o moretones  Sí

Fiebre  Sí  No

¿TE HAS SOMETIDO A UNA CIRUGÍA PREVIA DE ESPALDA O CUELLO?  Sí  No

### **INFORMACIÓN SOBRE CIRUGÍAS PREVIAS DE COLUMNA VERTEBRAL**

Ubicación anatómica de la cirugía previa de columna:

Cervical

Torácica

Lumbar

**Procedimiento:**

Laminectomía

Discectomía

Fusión con metal

Fusión sin metal

Procedimiento anterior (frontal)

Procedimiento posterior (espalda)

Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de los síntomas antes de la cirugía: \_\_\_\_\_

Los síntomas antes de la cirugía (p. ej. dolor, entumecimiento, debilidad): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Localización de los síntomas antes de la cirugía (p. ej. brazo, pierna, espalda, cuello): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describir la localización específica de los síntomas en las extremidades (p. ej. parte posterior del muslo, parte posterior de la pantorrilla, planta del pie): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fue un éxito la cirugía?  Sí  No  Parcial

Mejoría posoperatoria:  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%

100%  Ninguno  La cirugía empeoró mis síntomas

¿Cuánto tiempo estuvieron ausentes los síntomas después de la cirugía? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Marque el área de su cuerpo donde siente sensaciones anormales y/o dolor. Utilice el símbolo apropiado. Marque las áreas de radiación. Incluya todas las áreas afectadas.

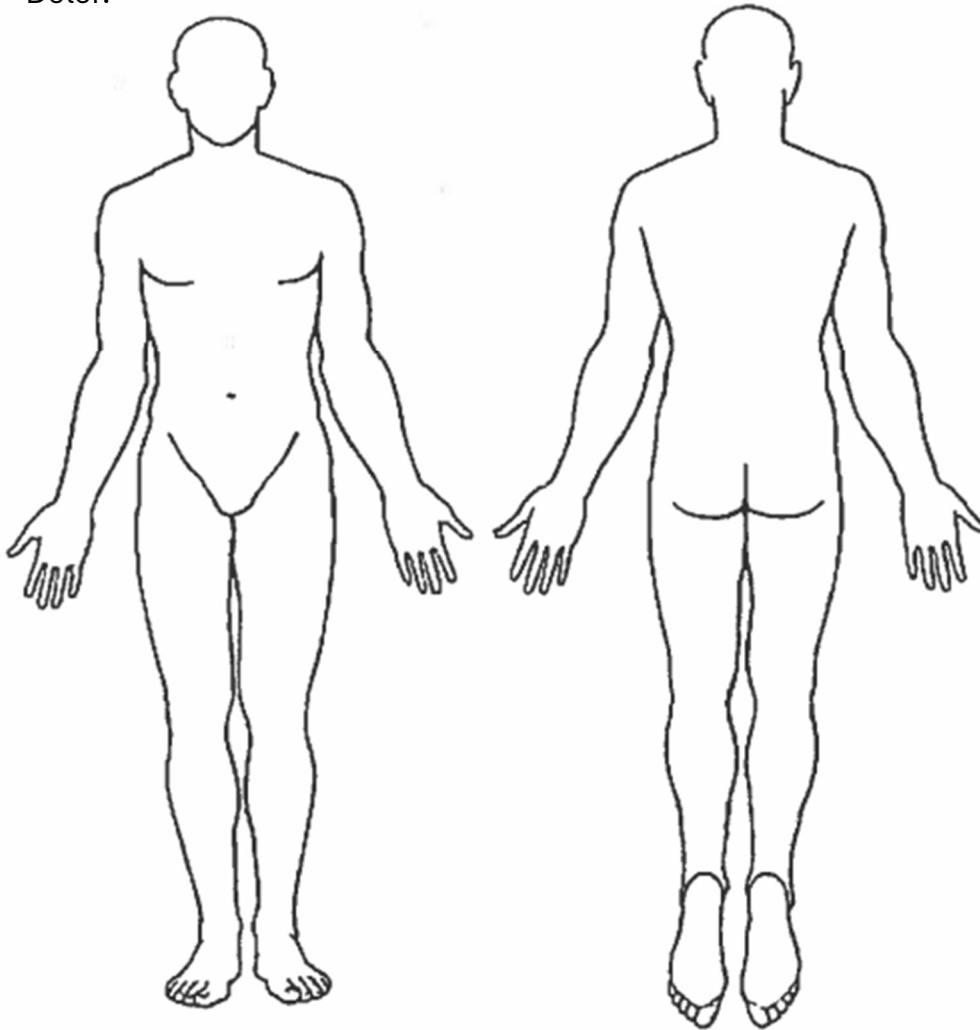
Entumecimiento: -----

Alfileres y agujas: \*\*\*\*\*

Ardiente: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Punzante: //

Dolor: ++++++



Por favor, marque con un círculo el número que representa su dolor promedio durante la última semana



**0**

No duele



**2**

Duele un poco



**4**

Duele un poco más



**6**

Duele mucho



**8**

Duele mucho más



**10**

Duele el máximo



## ACUERDOS Y AUTORIZACIONES DE PACIENTES

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO.** Por la presente, doy mi consentimiento para el tratamiento proporcionado por Hinsdale Orthopaedic (la Práctica) y sus empleados o personas designadas. Autorizo los servicios de atención de salud mental y física que mis cuidadores consideren necesarios o aconsejables para atender mis necesidades.

(\_\_\_\_\_) INICIAL

### **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD .**

Autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud con el fin de diagnosticarme o proporcionarme tratamiento, obtener el pago de mi atención o con el fin de llevar a cabo las operaciones de atención médica de la práctica. Autorizo a la Práctica a divulgar cualquier información requerida en el proceso de solicitudes de cobertura financiera por los servicios prestados. Esta autorización establece que el Consultorio puede divulgar información clínica objetiva relacionada con mis diagnósticos y tratamientos, que puede ser solicitada por mi compañía de seguros o su agente designado. (\_\_\_\_\_) INICIAL

Autorizo a la Práctica a divulgar información sobre mi condición médica a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**COMUNICACIONES CON EL PACIENTE.** Doy mi consentimiento para que el consultorio o cualquier persona que llame en su nombre se comuniquen con usted por cualquier motivo, incluidos recordatorios de citas y con respecto a saldos de pacientes vencidos. Autorizo a la Práctica a ponerse en contacto conmigo en cualquier número de teléfono o dirección física o electrónica que proporcione. Acepto que el Consultorio puede comunicarse conmigo de cualquier manera, incluidas llamadas o mensajes de texto entregados por un sistema de marcación telefónica automática, o mensajes de correo electrónico entregados por un sistema de correo electrónico automático. Acepto notificar de inmediato a la Práctica en cualquier momento que cambie mi información de contacto.

(\_\_\_\_\_) INICIAL

**CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO/GARANTÍA DE PAGO/CUOTA DE COBRO.** Autorizo que el pago se realice directamente al consultorio por los beneficios del seguro que se me deben. Entiendo que soy financieramente responsable ante el Consultorio por cualquier servicio cubierto o no cubierto, según lo definido por mi aseguradora. Entiendo que si el saldo de mi cuenta se vence y la cuenta vencida se remite a una agencia de cobranza, seré responsable de los costos de cobranza, incluidos los honorarios razonables de abogados.  
(\_\_\_\_\_) INICIAL

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD.** Reconozco haber recibido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" de la Práctica. Mis derechos, incluidos los derechos a ver y copiar mi expediente, a limitar la divulgación de mi información de salud y a solicitar una enmienda a mi expediente, se explican en la Política. Entiendo que puedo revocar por escrito mi consentimiento para la divulgación de mi información de atención médica, excepto en la medida en que la práctica ya haya realizado divulgaciones con mi consentimiento previo.  
(\_\_\_\_\_) INICIAL

Este consentimiento fue firmado por (Paciente o Persona Autorizada): Relación (si no es paciente): \_\_\_\_\_

IMPRIMIR NOMBRE

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede firmar, se puede dar su consentimiento verbal.

Razón: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_