



La Próxima Generación en Cuidado de Salud

INFORMACION DEL PACIENTE CONFIDENCIAL

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial Segundo nombre)

Apodo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ S.S.#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Calle#/Apartado Aereo) (ciudad) (estado) (Código postal)

Teléfono # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Nombre de Pareja: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Contacto Emergencia: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ (elijá) Tiempo completo / Medio tiempo / Estudiante / Jubilado

Empleador / Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Calle#/Apartado Aéreo) (ciudad) (estado) (Código postal)

Médico de Cabecera (Nombre): \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Quien lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Podemos enviarle información sobre su cuidado a través de correo electrónico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Podemos enviarle material educativo/promocional tal como boletín de noticias por E-mail? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Numero de ID: \_\_\_\_\_

Nombre de Completo de Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Calle#/Apartado Aereo) (ciudad) (estado) (Código postal)

Accidente de Automóvil:

Fecha de accidente: \_\_\_\_\_ Estado donde ocurrió: \_\_\_\_\_ Numero de Caso: \_\_\_\_\_

Seguro de Auto: \_\_\_\_\_ Caso Reportado  Si  No Persona asignada al caso: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cobertura de PIP: \_\_\_\_\_

Tiene usted algún seguro adicional?  Si  No Nombre: \_\_\_\_\_

PACIENTES CON MEDICARE SOLAMENTE

Tiene algún plan privado de Medicare HMO?  Si  No  
Recibe atención medica en su hogar?  Si  No

Al firmar, certifico que la información brindada es correcta y cierta según mi conocimiento

Firma de paciente/responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo, el paciente nombrado arriba/debajo, al firmar abajo, irrevocablemente asigno por este medio a WESTON MEDICAL HEALTH CENTER, cualquier y todos de mis derechos y ventajas de cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnidad, o cualquier otra fuente colateral que defina la ley de la Florida, para cualquier servicio y cargos provistos por WESTON MEDICAL HEALTH CENTER. Es la intención del inscrito que esta asignación sea irrevocable y deberá aplicarse a cualquier y todas causas de acción, pleitos, demandas, contradenuncias, y demandas.

Yo entiendo que en el caso de ser necesario de acudir a un abogado para coleccionar cualquier deuda, yo seré responsable por todos los costos incluyendo, pero no limitado a, honorario de abogado y costos de corte. Yo también entiendo que esta asignación de beneficios proporciona WESTON MEDICAL HEALTH CENTER el derecho a iniciar un pleito en contra de mi compañía de seguro, o la compañía de seguro responsable.

Al firmar debajo, certifico que yo he leído esta asignación de beneficios y entiendo todos los términos y condiciones. Yo reconozco que todas mis preguntas y dudas referentes a esta asignación de beneficios han sido completamente explicadas y aclaradas por WESTON MEDICAL HEALTH CENTER.

\_\_\_\_ Iniciales

## DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD

Autorizo el pago de beneficios de seguro directamente al médico o consultorio. Yo autorizo al doctor a compartir toda información necesaria para comunicarse con personales médicos y otros proveedores de atención médica y pagadores y para garantizar el pago de prestaciones. Entiendo que soy responsable por todos los costos de la atención, a pesar de la cobertura del seguro. También entiendo que si suspender o terminar mi horario de atención según lo determinado por mi médico tratante, cargos por servicios profesionales será inmediatamente adeudado y pagadero.

Yo autorizo cualquier compañía de seguro, organización, empleador, hospital, médico, dentista o farmacéutico a compartir cualquier información solicitada en referencia al proceso de mis reclamos.

\_\_\_\_ Iniciales

## PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD NOTIFICACION

Este consultorio se reserva el derecho de cambiar los términos de su aviso de prácticas de privacidad y de establecer nuevas disposiciones que incluya toda la información protegida sobre salud que mantiene. Entiendo que puedo obtener a petición, una copia actual de este consultorio de las prácticas de privacidad.

- Una copia completa de la declaración de derechos del paciente está disponible a petición

\_\_\_\_ Iniciales

## NOTIFICACION AVANZADA DEL BENEFICIARIO MEDICARE SOLAMENTE

Usted recibe esta información porque su compañía de seguros podría no pagar todos los servicios que usted recibe durante su visita a nuestra oficina.

Lo que usted necesita saber:

- Lea este aviso, para que pueda tomar una decisión informada acerca de su cuidado.
- Haga preguntas.

Servicios quiroprácticos: Solamente códigos 98941, 98942, 98943 están cubiertos. Todo otro servicio o suministro proporcionados por quiroprácticos será con un cargo adicional.

\_\_\_\_ Sí, deseo recibir estos servicios.

\_\_\_\_ No he decidido no recibir estos servicios.

\_\_\_\_ Otros si decido solicitar estos servicios en el futuro, entiendo será cargado y soy responsable por el pago completo.

Al firmar este documento usted acepta asumir la responsabilidad financiera por el costo de los servicios y/o suministros enumerados anteriormente, si su compañía de seguros le negara la cobertura para dichos servicios.

## RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

### Todo copago vence al momento del servicio.

Las compañías de seguros proporcionan a proveedores información no garantizada al verificar beneficios y a veces reembolsan diferente por el pago de un reclamo. Usted es responsable de deducibles, ajustes o saldos que no pague su seguro.

Si su compañía de seguro/plan de seguro anula la asignación de beneficios y hace los pagos directamente a usted, usted es responsable de pagar Weston Medical Health Center en ese momento. Un arreglo de pago para estos servicios después de que una compañía de seguros le haya pagado, no es aceptable.

Una copia de explicación de los beneficios debe acompañar el cheque para así nosotros poder acreditar su cuenta debidamente.

Yo autorizo a Weston Medical Health Center para conservar información de mi tarjeta de crédito para la facturación recurrente, copagos, los deducibles y los saldos no pagados.

Una copia completa de la Política Financiera está disponible a su petición

\_\_\_\_ Iniciales

**Al firmar abajo, yo certifico que la información presentada es verdadera y correcta. Sé que es un crimen llenar este formulario con los hechos falsos o de omitir hechos que sean importantes.**

Firma de paciente/responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*La Próxima Generación en Cuidado de Salud*

**ESTADO ACTUAL DE SALUD**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Cual es la queja principal o razón de su visita hoy? \_\_\_\_\_

**Fecha que comenzó su síntoma:** \_\_\_\_\_

Ha recibido tratamiento para su lesión?  Si  No

Su dolor es resultado de un accidente de auto, resbalón, o caída?  Si  No

**En caso afirmativo indique que cual:**  Auto  Trabajo  Lesión Personal  Casa

Ha recibido un soporte de espalda personalizado en los últimos 3 años?  Si  No

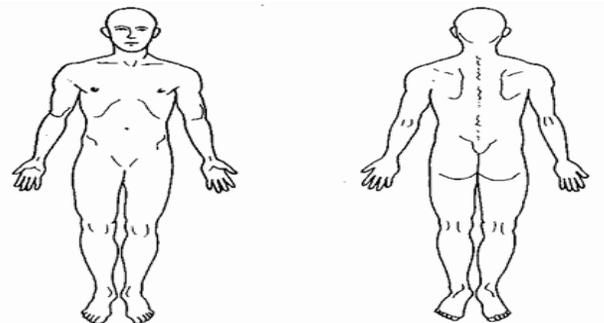
Ha recibido un soporte de rodilla personalizado en los últimos 5 años?  Si  No

	<u>Donde le duele?</u>		<u>Que tipo de dolor es?</u>					
<b>Brazos:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Piernas:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Rodillas:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Caderas:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Hombros:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Codos:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Muñecas:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Pies:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Cabeza:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Cuello:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	
<b>Espalda:</b>	Izquierda	Derecha	<input type="checkbox"/> Suave	<input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Palpitante	

Quando el dolor está en su peor momento, evalúa la severidad en una escala de 1 – 10



Indique donde tiene usted dolor u otros síntomas



**Aumenta el dolor:**  Sentado  De Pie  Caminando  Subiendo  Flexión  Agachándose  
 Subiendo escalas  Bajando escalas  Movimiento  Acostado  Tacto

**Reducción en dolor:**  Sentado  De Pie  Caminando  Subiendo  Flexión  Agachándose  
 Subiendo escalas  Bajando escalas  Movimiento  Acostado  Tacto



*La Próxima Generación en Cuidado de Salud*

**HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL**

**INFORMACIÓN DE FARMACIA:** Consentimiento para obtener historia de medicamentos  Si  No

(Por favor especifique su farmacia preferida, donde podamos enviarle su prescripción - trataremos de hallarlo en nuestra base de datos.)

Nombre:	Dirección/ciudad	Teléfono:
---------	------------------	-----------

**LISTA DE MEDICAMENTOS:** Está tomando medicamentos ahora?  Si  No

En caso afirmativo, indique nombre y dosis del medicamento. Incluya los de receta y de venta libre:

Medicamento:	Potencia	Dosis	Frecuencia

**ALERGIAS:** Es alérgico a algún medicamento?  Si  No

En caso de afirmativo, indique cuales: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

<b>FUMAR:</b>	Fumas cigarrillos?	Si	No	<b># Paquetes al día?</b>	1/2pk	1pk	>1-2pks
<b>MASTICAR TABACO:</b>	Masticas tabaco?	Si	No				
<b>ALCOHOL:</b>	Bebes alcohol?	Si	No	<b>Bebidas por semana?</b>	1 o menos	2-4	>4
<b>DROGAS:</b>	Usas drogas recreativas?	Si	No				
<b>EJERCICIO:</b>	Haces ejercicio?	Si	No	<b>Frecuencia?</b>	1d/semana	2-4d/semana	>5d/semana

**HISTORIAL MEDICO:**

Usted o alguien en su familia inmediata ha tenido? (Madre, Padre, Abuelos, Hermano(a), Hijos)

Enfermedad Corazón	Si	No	Ataque Corazón	Si	No	Alta presión	Si	No
Diabetes	Si	No	Accidente cerebrovascular	Si	No	Asma	Si	No
Hepatitis	Si	No	Soplos	Si	No	Fiebre Reumática	Si	No
Enfermedad Pulmón	Si	No	Sangrado trastornos	Si	No	Anemia	Si	No
Células Falciformes	Si	No	Enfermedad de la Riñón	Si	No	Artritis	Si	No
Gota, pseudogota	Si	No	Piedras Riñón	Si	No	Enfermedad la Tiroides	Si	No
Cáncer	Si	No	Enfermedad de GI	Si	No	Poliomielitis	Si	No
Convulsiones	Si	No	Enfermedad Neuromuscular	Si	No	Psicológica	Si	No
Trauma	Si	No	Coágulos o flebitis de Sangre	Si	No	Transfusión de Sangre	Si	No
HIV	Si	No	Migraña	Si	No	Osteoporosis	Si	No

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

Por favor liste toda cirugía y cualquier período de hospitalización (dar fechas): \_\_\_\_\_

Tienes disposiciones médicas o directivas anticipadas? Por favor proporcionar copia en la oficina: \_\_\_\_\_

Por favor liste a quien autorice con quien Weston Medical Health Center pueda hablar: \_\_\_\_\_



## **Política de Cancelaciones/Citas perdidas**

Queremos darle las gracias por elegirnos como su proveedor de salud. Para poder proporcionarle a usted y nuestros otros pacientes con la mejor cuidado optimo, le pedimos que siga nuestras directrices con respecto ha cancelaciones y citas perdidas. Recuerde por favor que nosotros hemos reservado horas de cita especialmente para usted. Por lo tanto, le solicitamos un aviso de por lo menos 24 horas de antelación para reprogramar su cita. Esto nos permitirá ofrecer su el tiempo de su cancelación a otros pacientes que desearían completar su tratamiento.

Cuando usted cancela su cita en el último minuto, todo el mundo pierde – usted, el doctor y otros pacientes que les gustaría haber aprovechado el tiempo de su cita.

**Por favor dese cuenta lo importante que es mantener su hora reservada.  
abra un cargo de \$25.00 para citas canceladas o perdidas sin 24 hora de aviso.**

**Gracias por su consideración de nuestras políticas y por la oportunidad ser su médico preferido.**

**Firma de Paciente/Persona Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**



2237 North Commerce Parkway, Suite 2 • Weston, FL 33326 • Phone 954-888-6650 • Fax 954-888-6645 • westonmedicalhealth.com

*The Next Generation in Healthcare*

---

## AUTORIZACIÓN PARA DAR LOS REGISTROS MÉDICOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Le solicito y autorizo, sus empleados y agentes para entregar todos los registros e informes, incluyendo radiografías y las copias y cualquier otra información relacionada con cualquier examen, el tratamiento o la opinión acerca de cualquier condición que pueda haber tenido en el pasado o presente.

Notas:

---

---

Enviar a: 954-888-6645

Firma de Paciente/Persona Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_