



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?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Recibe atención medica en su hogar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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

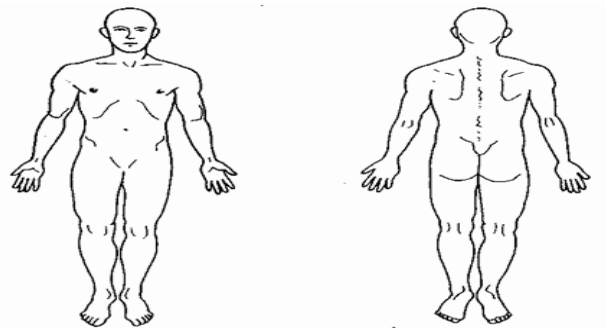
Ha recibido un soporte de rodilla personalizado en los últimos 5 años? Si No

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

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