

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Segundo nombre	
Dirección de casa			Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de teléfono alternativo	Nombre del contacto de emergencia		Número de teléfono	
Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Género		Estado civil	
Médico de Referencia	Dirección del médico	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono del médico
Ocupación				Número de teléfono del trabajo	

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario	Seguros Secundarios				
Nombre del asegurado / titular de la póliza	Relación con el paciente	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento		

## LESIONES LABORALES

Fecha de herida	Área (s) Lesionada (s)				
Empleador del paciente	Dirección del trabajo	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono del trabajo

## LESIONES PERSONALES CON LIEN

Fecha de herida	Área (s) Lesionada (s)				
Nombre del abogado	Dirección del abogado	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono del abogado

### LAS CITAS PERDIDAS SIN EL AVISO DE 24 HORAS ESTAN SUJETAS A UNA CUOTA DE CANCELACION DE TARDIA DE \$25

Por la presente doy mi autorización vitalicia para el pago de los beneficios del seguro que se hará directamente a este proveedor de atención médica y / o sus afiliados por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobro y honorarios razonables de abogados. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También estoy de acuerdo en que una fotocopia de este acuerdo es tan válida como el original. Además, autorizo que mi firma en este formulario constituya la asignación de beneficios a este proveedor de atención médica.

Consiento que este proveedor de atención médica y / o sus afiliados proporcionen el tratamiento y la atención prescritos por mi (s) médico (s). Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

## FORMA DE HISTORIAL MEDICO

¿Cual es su condicion/herida? \_\_\_\_\_

Fecha condición / lesión comenzó: \_\_\_\_\_ Fecha de su cirugía, si tuvo: \_\_\_\_\_

¿Cómo paso su herida? \_\_\_\_\_

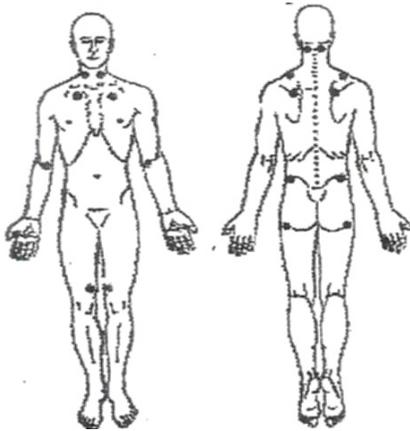
¿Ha tenido algún problema(s) similares antes?  No  Sí, El tratamiento se administró ¿Qué? \_\_\_\_\_

Por favor, indique todos los medicamentos que esté tomando: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algun examen para este problema?  Rayos X  MRI  EMG  C.T.  Otro: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo otros servicios médicos o de salud?  Quiropráctico  Acupuntura  Masaje  Otro: \_\_\_\_\_

**Indique en la figura la zona(s) de dolor**      **¿Cómo se siente el dolor como (marque lo que corresponda)?**



- |                                    |  |                                     |                                     |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adolorido | <input type="checkbox"/> Pellizcos         | <input type="checkbox"/> Pulsante   | <input type="checkbox"/> Tierno     |
| <input type="checkbox"/> Quemando  | <input type="checkbox"/> Piquetes o Agujas | <input type="checkbox"/> Afilado    | <input type="checkbox"/> Palpitante |
| <input type="checkbox"/> Profundo  | <input type="checkbox"/> Pinchazo          | <input type="checkbox"/> Disparo    | <input type="checkbox"/> Apretado   |
| <input type="checkbox"/> Torpe     | <input type="checkbox"/> Golpeando         | <input type="checkbox"/> Llaga      | <input type="checkbox"/> Puñalada   |
| <input type="checkbox"/> Prensado  | <input type="checkbox"/> Similar a un nudo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |                                     |

¿Que actividades empeoran el dolor? \_\_\_\_\_

¿Que actividades mejoran el dolor? \_\_\_\_\_

Circule el numero mas apropiado para su dolor, el 0 indicando nada de dolor y el 10 cuarto de emergencia.

Que es lo **menos** de dolor: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Que es lo **mas** de dolor: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

### Historia médica (marque todo lo que usted ha probado):

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias               | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Implantes metálicos | <input type="checkbox"/> Convulsiones          |
| <input type="checkbox"/> Artritis               | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral      |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular  | <input type="checkbox"/> Cirugía               |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en la espalda | <input type="checkbox"/> Enfermedad del        | <input type="checkbox"/> Osteoporosis        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la        | corazón  | <input type="checkbox"/> Marcapasos          | <input type="checkbox"/> Cuantas Caidas: _____ |
| <input type="checkbox"/> coagulación            | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de       | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |
| <input type="checkbox"/> Fracturas              | <input type="checkbox"/> Los problemas renales | Parkinson                                    | _____  |

### Indique sus sintomas corrientes (marque todos los que apliquen):

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Mareos            | <input type="checkbox"/> Entumido      | <input type="checkbox"/> Problemas visuales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de     | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor por las | <input type="checkbox"/> Debilidad          |
| coordinacion                              | <input type="checkbox"/> Perdida de        | noches                                 | <input type="checkbox"/> Otro: _____        |
| <input type="checkbox"/> Dificultad       | balance                                    | <input type="checkbox"/> Inchazon      |   |
| durmiendo                                 |  |  |   |

Es posible que este embarazada?  No  Si, Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido tratamiento de Terapia Fisica?  Si  No Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Describe el tratamiento que recibio: \_\_\_\_\_

**Firma de el paciente:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_



**EL CAJON**  
T [619] 579-1625  
F [619] 579-1611

**CHULA VISTA**  
T [619] 420-0869  
F [619] 420-3355

**HILLCREST**  
T [619] 297-4404  
F [619] 297-0804

**POWAY**  
T [858] 312-6444  
F [858] 312-6446

**SAN MARCOS**  
T [760] 471-9953  
F [760] 471-9956

**MISSION VALLEY**  
T [619] 497-2836  
F [619] 497-0254

**SPORTS ARENA**  
T [619] 226-4131  
F [619] 226-4124

## AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

EL SIGUIENTE AVISO ABREVIADO DESCRIBE BREVEMENTE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD DE USTED PUEDE SER INUTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

### CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED

- **Para tratamiento:** Podemos usar información de salud sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios de atención médica. Podemos divulgar su información de salud al personal que está involucrado en cuidar de usted.
- **Para Pago:** Podemos usar y revelar información de salud sobre usted para que los servicios que usted recibe de nosotros se pueden facturar a las compañías de seguros y el pago recaudado.
- **Para operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para las operaciones que son necesarias para ejecutar nuestra práctica.
- **Amenaza a la salud o seguridad:** Podemos usar y revelar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o es separado / despedido de los servicios militares, podemos divulgar su información de salud como lo requieren las autoridades del mando militar o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- **Compensación al Trabajador:** Podemos divulgar información de salud sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Demandas y Controversias:** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, etc.
- **Aplicación de la ley:** Podemos divulgar información de salud si un funcionario de la ley lo solicita.

### DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

- **Derecho a inspeccionar y copiar:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información de salud que puede ser usada para tomar decisiones sobre su cuidado.
- **Derecho de Modificación:** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifique la información.
- **Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una lista que explique las revelaciones de su información de salud que hemos hecho, excepto los usos y revelaciones para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, como se describió anteriormente.
- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información de salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o operaciones de atención médica.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una manera determinada o en un lugar determinado.

He leído y entiendo la información anterior,

---

Firma del paciente

Fecha

