

Bienvenidos

1

Sobre usted

FECHA ___ / ___ / ___ FILE # _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
COMO DESEA QUE LE LLAMEN _____ HOMBRE MUJER
FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ Edad _____ SS# _____
DIRECCION RESIDENCIAL: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
TELEFONO RESIDENCIAL: _____
TELEFONO DE TRABAJO: _____ EXT _____
EMAIL ADDRESS: _____
OTRO TELEFONO: _____
COMPANIA DONDE TRABAJA: _____
DIRECCION DEL TRABAJO _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
EMPLEO: _____
STATUS: MENOR SOLTERO CASADO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO
NOMBRE DE ESPOSO/A: _____
TIENE HIJOS? SI NO CUANTOS _____

2 Informacion del seguro

NOMBRE DE COMPANIA _____
DIRECCION: _____
TELEFONO: _____
SS# DEL ASEGURADO: _____
GROUP O NUMERO DE POLIZA: _____
NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
RELATION: _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
TRABAJO DEL ASEGURADO: _____

3

RAZON POR SU VISITA

RAZON DE SU VISITA-ACCIDENTE DE: TRABAJO DEPORTIVO AUTOMOVIL TRAUMA
EXPLIQUE QUE PASO: _____

CUANDO LE EMPEZARON LAS MOLESTIAS? ___ / ___ / ___
LE ESTA EMPEORANDO EL DOLOR? SI NO CONSTANTE VIENE Y VA
EL DOLOR LE AFECTA PARA: TRABAJAR DORMIR O RUTINA DIARIA
HA CONSULTADO A OTRO MEDICO PARA ESTO? SI NO
DONDE? _____

4

EN CASA DE EMERGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN DEBEMOS CONTACTAR? _____

RELACION: _____

TELEFONO: _____

5 HISTORIA DE SALUD

TOMA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MEDICACIONES?

 PARA DOLOR RELAJANTES MUSCULARES ESTIMULANTES TRANQUILIZANTES INSULINA OTHERS

Tiene o ha tenido alguna vez las siguientes enfermedades o condiciones?

<input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZON	<input type="checkbox"/> MARCAPASOS / OPERACION DE CORAZON	<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/> DOLOR DE HOMBRO / BRAZO	<input type="checkbox"/> MANOS - DEDOS DORMIDOS
<input type="checkbox"/> DEFECTO CONGENITO DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL	<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> FATIGA	<input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO
<input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGA O ALCOHOL	<input type="checkbox"/> SHINGLES / HERPES ZOSTER	<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA	<input type="checkbox"/> VISION BORROSA	<input type="checkbox"/> ZUMBIDOS EN LOS OIDOS
<input type="checkbox"/> HIV + /SIDA	<input type="checkbox"/> EMFISEMA PULMONAR /GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> ULCERAS / COLITIS	<input type="checkbox"/> ESPALDA RIGIDA - TIESA	<input type="checkbox"/> DOLOR DE PIERNAS
<input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> CUELLO RIGIDO - TIESO	<input type="checkbox"/> PITIDOS EN LOS OIDOS
<input type="checkbox"/> TENSION ALTO	<input type="checkbox"/> MAREJOS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE MANDIBULA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESTOMAGO	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESTOMAGO
<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS PARA DOMIR	<input type="checkbox"/> DOLOR DE ESPALDO	<input type="checkbox"/> PIES DORMIDOS	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO
<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS PARA DOMIR	<input type="checkbox"/> DOLOR DE ESPALDO	<input type="checkbox"/> PIES DORMIDOS	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO
<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS PARA DOMIR	<input type="checkbox"/> DOLOR DE ESPALDO	<input type="checkbox"/> PIES DORMIDOS	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO
<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS PARA DOMIR	<input type="checkbox"/> DOLOR DE ESPALDO	<input type="checkbox"/> PIES DORMIDOS	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO
<input type="checkbox"/> DIABETES / TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> SINUSITIS	<input type="checkbox"/> NAUSEA	<input type="checkbox"/> PERDIDA DE MEMORIA	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE CINTURA	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/> HUESOS - ARTICULACIONES ARTIFICIALES

POR FAVOR NOMBRE OTRAS CONDICIONES MEDICAS QUE TENGA O HAYA TENIDO: _____

ES USTED ALERGICO A ALGO? _____

NOMBRE SI HA TENIDO ALGUNA OPERACION Y CUANDO: _____

HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE EN EL PASADO? CUANDO? _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR: _____

TOMA ALGUNA MEDICACION O VITAMINAS? SI NOFUMA? SI NO CUANTO? _____ POR CUANTO TIEMPO? _____PARA MUJER: ESTA EMBARAZADA? SI NO DE CUANTO? _____

■ YO ME COMPROMETO A PAGAR POR LOS SERVICIOS PRESTADO AL PACIENTE TAN PRONTO COMO LOS HAYA RECIBIDO. ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE LAS POLIZAS DE SEGUROS Y/O DE ACCIDENTES SON UN ACUERDO ENTRE LA COMPANIA Y MI PERSONA. YOU SOY RESPONSIBLE POR EL PAGO DE CUALQUIER SERVICIO PRESTADO POR ESTA CLINICA, ASI EL SEGURO PAGUE O NO. TAMBIEN SE QUE SI SUSPENDO O TERMINO MI TRATAMIENTO, LOS GASTOS QUE SE DEBAN TENDRAN QUE SER PAGADOS INMEDIATAMENTE.

FIRMA _____

Nombre _____ FILE # _____

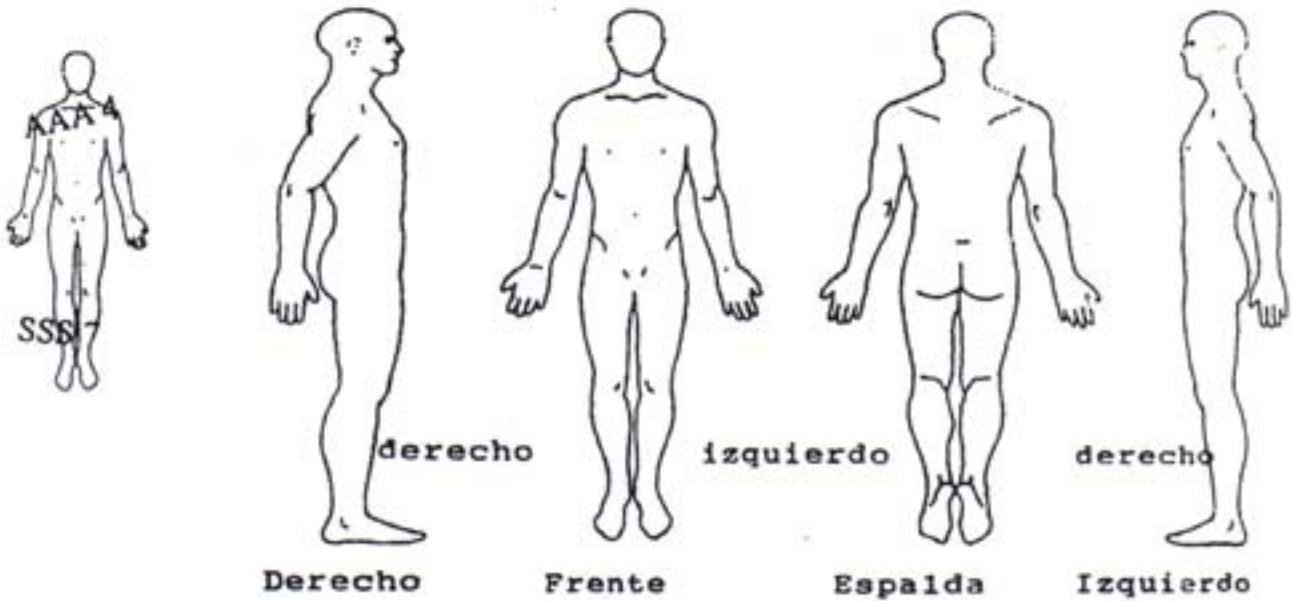
Describe su condicion _____

Firma _____ Fecha _____

Show us where it hurts

Donde le duele?

1 (leve) - 10 (fuerte)



Doctors Notes

PLEASE RECYCLE SO THAT WE MAY PRESERVE THE HEALTH OF OUR PLANET

Descripcion del Accidente Automovilistico

Conteste las preguntas de abajo. Si no sabe la respuesta, no conteste esa pregunta.

1. Clase de vehiculo

Carro Station Wagon
Van Pickup truck
Camion grande Bus
Otro _____

2. Su posicion en el vehiculo

Chofer Pasajero adelante
Pasajero atras (lado izquierdo)
Pasajero atras (lado derecho)
Otro _____

3. Que estaba haciendo su carro en el momento del accidente?

Parado en interseccion Parado en trafico Parado en la luz
Volteando a la derecha Girando a la izquierda Parquendo
En movimiento Disminuyendo velocidad Acelerando
Otro _____

4. Hora / Velocidad / Dano

Hora del accidente _____
Velocidad de su Vehiculo: _____ mph
Velocidad del otro Vehiculo: _____ mph
Dano de su vehiculo
Minimo Moderado
Total _____

5. Detalles del Accidente

Visibilidad en el sitio del acc.
Pobre Aceptable Buena
Quien golpeo a Quien / Que?
Usted golpeo al otro vehiculo
El otro vehiculo lo golpeo
Usted golpeo...(objeto)

6. Condiciones de la carretera

Condiciones de la via al momento del accidente
Congelada Mojada Arenosa Oscura Limpia y seca

Sitio de impacto

De frente Adelante a la izquierda Adelante a la derecha
Atras (bumper) Atras a la izquierda Atras a la derecha

7. Posicion de su cuerpo, etc.

Se dio cuenta del accidente? Si No
Se preparo para el impacto? Si No
Tenia puesto el cinturon? Si No
Tenia puesto el cinturon del hombro? Si No

Su vehiculo tiene recostador de cabeza? Si No
Cual era la posicion de su cabecera al momento del impacto?
Nivel alto de cabeza Nivel bajo de cabeza Mitad del cuello
En que posicion estaba su cabeza al momento del impacto?
Mirando al frente Volteada a la derecha
Volteada a la izquierda

8. Informacion adicional del accidente

En el caso de un accidente automovilistico, escriba cualquier informacion adicional que cree importante y que no fue cubierta arriba

9. Durante el accidente:

Su cuerpo golpeo el interior de su vehiculo? Si No
Si respuesta fue SI, describa: _____
Perdio el conocimiento en el accidente Si No
Si respuesta fue SI, por cuanto tiempo? _____
Dano estimado del vehiculo en dolares? _____
Dano de su vehiculo: Minimo Moderado Total
Se presento la policia en el lugar? Si No
La policia hizo un reporte del accidente? Si No

10. Despues del accidente:

Marque los sintomas que experimento despues del accidente

Dolor cabeza	Mareo	Dolor de espalda	Manos frias
Dolor cuello	Nausa	Dolor de cintura	Pies frios
Rigidez cuello	Confusion	Nerviosismo	Diarrea
Desmayo	Fatiga	Perdida del sabor	Depresion
Ruido oidos	Tension	Dedo adormecidos	Ansiedad
Perdida de olor	Irritabilidad	Constipacion	Dolor pecho
Dolor de ojos	Dificultad al respirar	Dificultad al dormir	

Otros: _____

11. Hospital / cuarto de emergencia?

A donde fue despues del accidente?
Casa Trabajo Emergencia ER. Medico particular
Como llego alli?
Uste mismo manejo Otra persona Ambulancia Policia
Tomaron X-Rays? Si No Examen sangre? Si No
Areas del cuerpo radiografiadas: _____
Que examen de sangre? _____
Las Radiografias mostraron: _____
Tratamientos: Collar cervical Hielo Otro: _____
Medicamentos: _____
Que instrucciones le dieron? _____

12. Tratamiento:

Escriba que doctores lo vieron antes de venir a esta oficina?

1. Dr. _____ Fecha 1ra visita ___/___/___
Especialidad: _____ Radiografias? Si No

Tratamiento recibido: _____

Cuantos tratamientos recibio? _____ Esta en tratamiento Si No

El tratamiento le ayudo? Si No

Fecha de la ultima visita: ___/___/___

2. Dr. _____ Fecha 1ra visita ___/___/___

Tratamiento recibido: _____

Cuantos tratamientos recibio? _____ Esta en tratamiento Si No

El tratamiento le ayudo? Si No

Fecha de la ultima visita: ___/___/___

Firma: _____

Analisis de Actividades diarias

Dele un numero a las dificultades que presenta desde el accidente, en relacion a las diferentes actividades que estan abajo. Use la escala de 1 a 5 y **ESCRIBA EL NUMERO APROPIADO** que mas se acerca a su estado actual de dificultad.

1= "Lo puedo hacer sin ninguna dificultad". 2= "Lo puedo hacer sin mucha dificultad, a pesar del dolor". 3= "Lo puedo hacer a pesar de mucho dolor. 4= "Puedo hacerlo a pesar de mucho dolor, pero solo si tengo ayuda. 5= " No puedo hacerlo debido al dolor.

Solamente llene las areas afectadas.

Dificultades con actividades de higiene y aseo personal

Banarse ___ Secarse el pelo. ___ Cepillarse dientes ___ Ponerse zapatos ___ Preparar comidas ___ Sacar la basura ___
Duchandose ___ Peinarse ___ Haciendo la cama ___ Colocar cordones ___ Comiendo ___ Lavando ropa ___
Lavando pelo ___ Lavando la cara ___ Colocarse la camisa ___ Colocar pantalones ___ Lavando platos ___ Yendo al baño ___

Dificultades con las actividades fisicas

Parado ___ Caminando ___ Arrodillandose ___ Inclinandose atras ___ Girando a la izq. ___ Recostarse atras ___
Sentado ___ Agachado ___ Alcanzando ___ Agachandose izq. ___ Girando a la der. ___ Recostandose izq ___
Reclinandose ___ Acucillado ___ Agachandose ___ Agachandose der. ___ Inclinandose adel ___ Recostandose der ___
De pie por periodos largos ___ Sentado periodos largos ___ Caminando trechos largos ___ Arrodillado por periodos largos ___

Dificultades con actividades funcionales

Cargando objetos pequenos ___ Levantando objetos del piso ___ Empujando cosas sentado ___ Ejercitando parte alta cuerpo ___
Cargando objetos grandes ___ Levantando objetos de la mesa ___ Empujando cosas parado ___ Ejercitando parte baja cuerpo ___
Cargando maletas ___ Subiendo escaleras ___ Jalando cosas sentado ___ Ejercitando los brazos ___
Cargando una cartera grande ___ Escalando/inclinaciones ___ Jalando cosas parado ___ Ejercitando las piernas ___

Dificultades con actividades sociales y recreativas

Jugando bolos ___ Corriendo ___ Nadando ___ Patinando en hielo ___ Deportes competitivos ___ Cortejeando ___
Jugando golf ___ Danzando ___ Esquiando ___ Patinando en piso ___ Pasatiempos (hobbies) ___ Comiendo afuera ___

Dificultades al viajar

Manejando el carro ___ Montado como pasajero en carro ___ Montado como pasajero en un tren ___
Manejando por periodos largos ___ Montado como pasajero en un avion ___ Montado como pasajero por periodos largos ___

Use la escala de 1 a 5 para describir las siguientes actividades :

1 = " Esta area no esta afectada por mi condicion actual". 2 = "Esta area esta afectada un poco debido a mi condicion actual. 3 = "Mi condicion actual restringe moderadamente mi habilidad en esta area" 4 = " Mi condicion actual limita seriamente mi habilidad en esta area. 5 = " Mi condicion actual me impide usar esta habilidad en esta area".

Dificultades con diferentes formas de comunicacion

Concentrandose ___ Oyendo ___ Escuchando ___ Hablando ___ Leyendo ___ Escribiendo ___ Usando el computador ___

Dificultades con los sentidos

Viendo ___ Escuchando ___ Sentido del tacto ___ Sentido del sabor ___ Sentido del olfato ___

Dificultades con las funciones de las manos

Agarrando ___ Sosteniendo ___ Pinchando ___ Movimientos de percusion ___ Discriminacion sensorial ___

Dificultades al dormir y de la funcion sensual

Soy capaz de tener una noche de sueno normal y descansada ___ Soy capaz de participar en actividad sexual normal y deseada ___

Escriba aqui cualquier informacion adicional de sus actividades diarias que no fueron cubiertas antes

Historia de sintomas previos

Sintomas similares previos

No he tenido sintomas similares a mi condicion actual
Mis sintomas actuales los tuve antes, pero no me molestaban
Mis sintomas actuales ya existian pero se empeoraron con el ac.
Mis sintomas similares mas recientes (si es aplicable) ocurrieron ___ meses atras / anos atras 0 en Fecha ___/___/___

Ha contribuido su historia anterior a los sintomas actuales?

Mi historia ha contribuido a los sintomas actuales
Mi historia no ha contribuido a los sintomas actuales
No estoy seguro si mi historia ha contribuido a mis sintomas ahora

Escribe abajo otros sintomas previos que no fueron cubiertos arriba:

HEALTH CARE AUTHORIZATION FORM

Patient's Name _____
Patients SS# _____ Date of Birth _____

THE PATIENT IDENTIFIED ABOVE AUTHORIZES DR. ANTHONY R. BARTOLO, COBB PAIN AND REHABILITATION TO USE AND OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION IN ACCORDANCE WITH THE FOLLOWING:

SPECIFIC AUTHORIZATIONS (please check all that apply)

- I give permission to Cobb Pain & Rehabilitation, to use my address, phone number and clinical records to contact me with appointment reminders, missed appointment notification, birthday cards, holiday related cards, newsletters, information about treatment alternatives or other health related information. I also give permission allowing my name to be posted on a referral board or my picture to be posted on message board for office related events. In the future should I write a testimonial regarding my treatment in this office, I give permission for it to be posted.
- If Cobb Pain & Rehabilitation, contacts me by phone, I give them permission to leave a phone message on my answering machine or voice mail, or with the individual who answers the telephone.
- I give Cobb Pain & Rehabilitation permission to treat me in an open room where other patients are also being treated. I am aware that other persons in the office may overhear some of my protected health information during the course of care. Should I need to speak with the doctor at any time in private, the doctor will provide a room for these conversations.
- By signing this form you are giving Cobb Pain & Rehabilitation permission to use and disclose your protected health information in accordance with the directives listed above.

RIGHT TO REVOKE AUTHORIZATION

You have the right to revoke this AUTHORIZATION, in writing, at any time. However, your written request to revoke this AUTHORIZATION is not effective to the extent that we have provided services or taken action in reliance on your authorization.

You may revoke this AUTHORIZATION by mailing or hand delivering a written notice to the Privacy Official of Cobb Pain & Rehabilitation. The written notice must contain the following information:

Your name, Social Security number and date of birth;
A clear statement of your intent to revoke this AUTHORIZATION;
The date of your request and your signature.

The revocation is not effective until it is received by the Privacy Official.

This AUTHORIZATION is requested by Cobb Pain & Rehabilitation for its own use/disclosure of Protected Health Information.
(Minimum necessary standards apply.)

You have the right to refuse to sign this AUTHORIZATION. If you refuse to sign this AUTHORIZATION, Cobb Pain & Rehabilitation will not refuse to provide treatment.

You have the right to inspect or copy the PHI to be used/disclosed.

** ** A COPY OF THE SIGNED AUTHORIZATION WILL BE PROVIDED TO YOU ** **

Print Name of Patient

Signature of Patient

Date

Signature of Personal Representative