

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Marque claramente las casillas de verificación y rellene los espacios en blanco donde se indique. Sus respuestas precisas nos darán una mejor comprensión de usted y de sus síntomas para que podamos proporcionarle la mejor atención posible. ¡Gracias por ayudarnos a entenderle mejor!

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Preferencia de mano:  Derecha  Izquierda  Ambas  
 Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Médico que lo Refirió: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL

**Molestia principal:**  Cuello  Espalda baja  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo ha tenido este dolor?** \_\_\_\_\_

**¿El dolor irradia a las extremidades? (por favor, haga un círculo para indicar de qué lado)**

Brazos  Nalgas  Piernas  Otro: \_\_\_\_\_  
 (Izq./Der./Ambos) (Izq./Der./Ambos) (Izq./Der./Ambos)

**¿Siente algo de lo siguiente? Si es así, por favor indique en qué parte de su cuerpo.**

Debilidad: \_\_\_\_\_  Hormigueo: \_\_\_\_\_  
 Entumecimiento: \_\_\_\_\_  Rigidez: \_\_\_\_\_

**¿Algún otro síntoma con el dolor?**

Pérdida de control de la vejiga.  Pérdida de control intestinal  Dolores de cabeza  
 Otro: \_\_\_\_\_

**¿Tiene dificultades para dormir debido a su dolor?**  Sí  No

**¿Qué hace que el dolor mejore?**

Sentarse  Calor/frío  Estar de pie  Masaje  
 Caminar  Nada  Recostarse  Ejercicio  Other: \_\_\_\_\_

**¿Qué hace que el dolor empeore?**

Sentarse  Calor/frío  Estar de pie  Masaje  
 Caminar  Nada  Recostarse  Ejercicio  Other: \_\_\_\_\_

**How severe is your pain (mark below)?**

| <input type="radio"/>         | <input type="radio"/>                          | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>   |
|-------------------------------|--|---|--|---|---|
| <b>0</b>                      | <b>1-2</b>                                     | <b>3-4</b>  | <b>5-6</b>   | <b>7-8</b>  | <b>9-10</b>   |
| <b>Ausente</b><br>(Sin dolor) | <b>Tolerable</b><br>(tolerar sin medicamentos) | <b>Soportable</b><br>(algunas actividades restringidas o evitadas, requiere medicación) | <b>Casi intolerable</b><br>(sedentario, sólo capaz de ver la televisión, leer, etc.) | <b>Intolerable</b><br>(no puede leer, ver la televisión, usar el teléfono, necesidad de visitar Urgencias para obtener analgésicos) | <b>Devastador</b><br>(necesidad de hospitalización para el control del dolor) |

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Sucedio algo específico que causara el dolor?     SÍ     NO

En caso afirmativo, por favor describir: \_\_\_\_\_

¿Es la lesión o el dolor el resultado de una lesión relacionada con el trabajo?     SÍ     NO    ¿Fecha de la lesión? \_\_\_\_\_

¿Se lo ha reportado a su empleador?     SÍ     NO

¿La lesión o el dolor están relacionados con un vehículo de motor?     SÍ     NO    ¿Fecha de la lesión? \_\_\_\_\_

¿Existe una demanda (pendiente o considerada)?     SÍ     NO

**¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para su condición actual?**

**Otros médicos**     SÍ     NO    Nombre, fecha y tratamiento: \_\_\_\_\_

**Fisioterapia**     SÍ     NO    Número de sesiones: \_\_\_\_\_     Mejor     Peor     Sin cambio

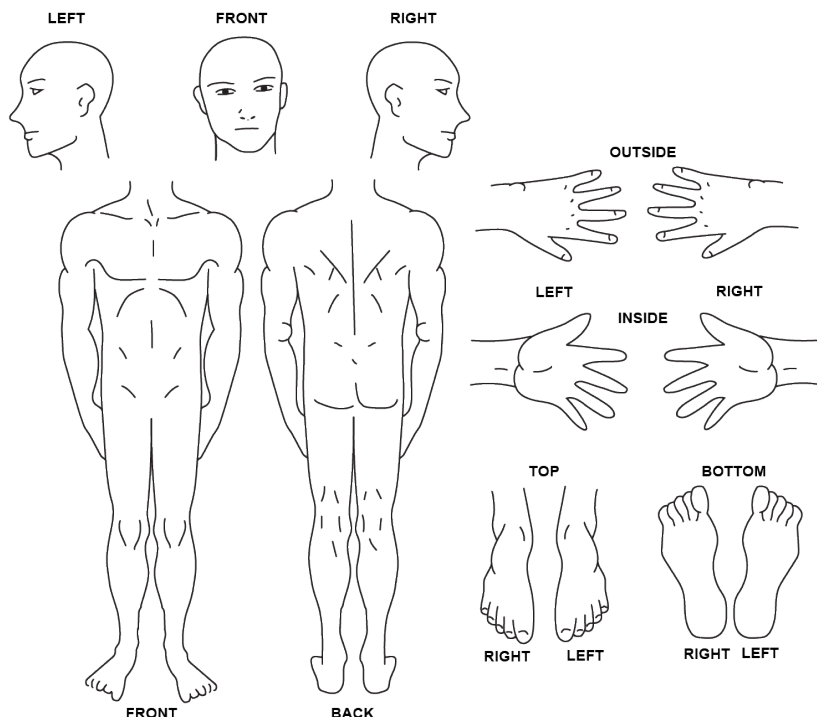
**Inyecciones Epidurales o Facetarias**     SÍ     NO    Número de inyecciones: \_\_\_\_\_     Mejor     Peor     Sin cambio

**Cirugía de Espalda o Cuello**     SÍ     NO    Fecha y tipo: \_\_\_\_\_

**Pruebas de Diagnóstico**     SÍ     NO     TAC     Resonancia Magnética     EMG     Other: \_\_\_\_\_

**Seleccione todas las opciones que describen su dolor:**

- |                                   |                                    |                                     |                                       |                                       |                                    |                                      |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> doloroso | <input type="checkbox"/> ardiente  | <input type="checkbox"/> calambres  | <input type="checkbox"/> profundo     | <input type="checkbox"/> sordo        | <input type="checkbox"/> eléctrico | <input type="checkbox"/> persistente |
| <input type="checkbox"/> pesado   | <input type="checkbox"/> tipo      | <input type="checkbox"/> de escozor | <input type="checkbox"/> de escozor   | <input type="checkbox"/> afilado      | <input type="checkbox"/> agudo     | <input type="checkbox"/> espasmos    |
| <input type="checkbox"/> punzante | <input type="checkbox"/> urticante | <input type="checkbox"/> pulsante   | <input type="checkbox"/> que retuerce | <input type="checkbox"/> other: _____ |                                    |                                      |



**Por favor, marque la ubicación de sus síntomas en la figura de la izquierda:**

Símbolos

Dolor=xx

Entumecimiento/Hormigueo=OO

Punzada =//

Ardor =++

**¿Qué espera que podamos lograr hoy?**

---



---



---



---



---

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

| Enfermedad/Condición                                      | ¿Su PCP es el médico tratante? |                          | De no ser así, escriba el nombre del médico tratante | ¿El problema está estable/bien controlado? |                          | De no ser así, por favor explique |
|---|--------------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|-----------------------------------|
|   | SÍ                             | NO                       |  | SÍ   | NO                       |                                   |
| Marque todo lo que corresponda:                           |                                |                          |  |  |                          |                                   |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                           | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Artritis                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Depresión                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> ERGE                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Gota                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Infarto                          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Murmullo del Corazón             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Historial de Adicción            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Historial de Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado/Hepatitis  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Migrañas                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> SARM                             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Muscular              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Neumonía                         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis                        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Problema Psiquiátrico            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                 | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide              | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo             | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la Tiroides         | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Úlceras                          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros (Por favor, explique) \_\_\_\_\_

| Historial de Cáncer  | ¿Su PCP es el médico tratante? |                          | De no ser así, escriba el nombre del médico tratante | ¿El problema está estable/bien controlado? |                          | De no ser así, por favor explique |
|--|--------------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|-----------------------------------|
|  | SÍ                             | NO                       |  | SÍ   | NO                       |                                   |
| Por favor, marque todo lo que corresponda:                   |                                |                          |  |  |                          |                                   |
| <input type="checkbox"/> Leucemia                            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama                      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Cuello Uterino            | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Garganta                  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Hueso                     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Piel                      | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón                    | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> |                                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: otros (por favor, explique) |                                |                          |  |  |                          |                                   |

## HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA

Por favor, enumere cualquier cirugía anterior:  Sin cirugías  Véase adjunto

\_\_\_\_\_ Fecha Aproximada: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha Aproximada: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha Aproximada: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha Aproximada: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. (Incluya cualquier medicamento de venta libre. Asegúrese de enumerar si está tomando alguna forma de aspirina.)  Sin medicamentos  Véase adjunto

\_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Enumere los medicamentos que ha tomado en el pasado y si le ayudaron o no:

\_\_\_\_\_ ¿Le ayudó la medicación?  SÍ  NO  
 \_\_\_\_\_ ¿Le ayudó la medicación?  SÍ  NO  
 \_\_\_\_\_ ¿Le ayudó la medicación?  SÍ  NO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Alergias a medicamentos?  SÍ  NO

Por favor, haga una lista: \_\_\_\_\_

Reacción alérgica: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra alergia conocida?  SÍ  NO

Por favor, haga una lista: \_\_\_\_\_

Reacción alérgica: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

Por favor, enumere cualquier enfermedad médica de la que los siguientes parientes consanguíneos tengan antecedentes:

Abuelos: \_\_\_\_\_  Vive  Falleció

Padre: \_\_\_\_\_  Vive  Falleció

Madre: \_\_\_\_\_  Vive  Falleció

Hermano(s): \_\_\_\_\_  Vive  Falleció

Hermana(s): \_\_\_\_\_  Vive  Falleció

## HISTORIA SOCIAL

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a

Número de hijos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma?  SÍ  NO ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Solía fumar?  SÍ  NO ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Consume tabaco sin humo?  SÍ  NO ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Usted vapea o usa cigarrillos electrónicos?  SÍ  NO ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Usa inhalantes sin tabaco?  SÍ  NO ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?  SÍ  NO ¿Cuántas bebidas al día? \_\_\_\_\_

¿Usa drogas recreativas?  SÍ  NO En caso afirmativo, de qué tipo: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes o abuso de alcohol o drogas?  YES  NO

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor marque una «X» para Sí o marque «No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente» si usted tiene estos síntomas HOY.**

## CONSTITUCIONAL

- Escalofríos
- Sudoración Nocturna
- Ganancia/pérdida de peso inexplicable
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## OJOS/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA

- Cambios en la visión
- Pérdida auditiva
- Ronquera
- Zumbido en el oído
- Mareos/Vértigo
- Dificultad para Tragar
- Descarga/Drenaje
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## CARDIOVASCULAR

- Dolor en el Pecho
- Palpitaciones
- Hinchazón en las Piernas
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal
- Náusea
- Estreñimiento
- Sangre en las heces
- Diarrea
- Vómitos con/sin sangre
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## GENITOURINARIO

- Dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Enfermedad venérea
- Dificultad para orinar
- Problemas sexuales
- Problemas menstruales
- Embarazada
- Menopausia
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## PIEL

- Erupciones
- Cambios en las uñas
- Moretones fáciles
- Cambios de color
- Ictericia
- Infecciones
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## RESPIRATORIO

- Tos
- Silbidos
- Tose sangre
- Falta de aliento
- Producción de esputo
- Infección reciente
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## MUSCULOESQUELÉTICO

- Hinchazón articular
- Rigidez
- Calambres
- Infección
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## ENDOCRINO

- Cambios en la micción
- Cambios en la intolerancia al calor/frío
- Cambios en el apetito/sed/sudoración
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente

## PSIQUIÁTRICO

- Depresión
- Ansiedad
- Pensamientos suicidas
- Cambios de humor
- No tengo ninguno de los síntomas enumerados anteriormente



# Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

El abajo firmante acepta que todos los registros relativos a la visita de este paciente seguirán siendo propiedad de Spine Team Texas. El abajo firmante entiende que los registros médicos y la información de facturación generada o mantenida por Spine Team Texas son accesibles para el personal de las instalaciones y el personal médico. El personal de las instalaciones y el personal médico pueden utilizar y divulgar información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y a cualquier otro médico, personal sanitario o proveedor que esté o pueda estar involucrado en el continuo de la atención. El centro está autorizado a revelar todo o parte del historial médico del paciente a cualquier compañía de seguros, a terceros pagadores, a seguros de compensación del trabajador, a un grupo de empleadores auto asegurados u otra entidad (o a sus representantes autorizados) que sean necesarios para el pago de la cuenta del paciente. La ley exige que la institución indique al abajo firmante que **LA INFORMACIÓN DIVULGADA PODRÁ INDICAR LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O VENÉREA QUE PUEDE INCLUIR, DE FORMA ENUNCIATIVA PERO NO TAXATIVA, ENFERMEDADES COMO LA HEPATITIS, LA SÍFILIS, LA GONORREA Y EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). LA INFORMACIÓN TAMBIÉN PUEDE CONTENER REGISTROS PSIQUIÁTRICOS.** El centro está autorizado a revelar la totalidad o parte del historial médico del paciente según lo establecido en su Aviso de Prácticas de Privacidad, a menos que el paciente se oponga por escrito. Al firmar este formulario, usted está autorizando tales revelaciones.

## **CONSENTIMIENTO ESPECIAL PARA LA PRUEBA DEL VIH:**

El abajo firmante consiente específicamente que se realice un examen de sangre del paciente para detectar virus de inmunodeficiencia humana (también conocido como SIDA) y/o hepatitis si el médico tratante del paciente determina que es necesario para la protección del médico tratante y/o de cualquier empleado o agente del centro o del médico tratante expuesto a los fluidos corporales del paciente de una manera que pudiera transmitir esa enfermedad.

Sí  No Autorizo a Spine Team Texas, PA a obtener mi fotografía para verificación de identificación.

(Iniciales) **ACUSE DE RECIBO DE LA POLÍTICA DE PAGO:** Acuso recibo de la política de pago escribiendo mis iniciales y firmando a continuación. Spine Team Texas, PA se compromete a servirle. Como parte de este compromiso, queremos que entienda sus obligaciones de pago. **El pago se espera en el momento en que se prestan los servicios. Si no puede pagar en su totalidad en la fecha del servicio, debe hacerse un acuerdo de pago.**

(Iniciales) **ACUSE DE RECIBO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE:** Acuso recibo de información explicativa de mis derechos como paciente y, a petición, recibí una copia de la notificación del Estado y esta declaración de política de instalación sobre los Derechos del Paciente.

(Iniciales) **OTORGO MI PERMISO A** Spine Team Texas para divulgar cualquier y toda mi información médica a mi Médico Primario /Referente por comunicación escrita u oral. Entiendo que estos registros pueden contener información psiquiátrica y/o sobre enfermedades infecciosas.

(Iniciales) **OTORGO MI PERMISO** para que mi información de salud protegida sea revelada con el fin de comunicar resultados, conclusiones y decisiones de atención a los miembros de la familia y otras personas.

Sí  No

**En caso afirmativo, escriba los nombres a continuación.**

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

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

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



# Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Una descripción de cómo su información médica será utilizada y divulgada se resume en el Aviso de Privacidad del Paciente. Una copia completa del Aviso de Práctica de Privacidad de la Instalación se incluye en su paquete de admisiones y se publica en la Instalación. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Práctica de Privacidad de la Instalación.

**YO AUTORIZO** a Representantes de Spine Team Texas PA a dejar mensajes para mí con respecto a citas, recetas, o cualquier otra información pertinente a mi atención médica, en cualquier número de teléfono que he proporcionado. También entiendo que puedo revocar este acuerdo enviando una carta certificada por escrito a Spine Team Texas PA, 1545 E. Southlake Blvd. #100, Southlake, Texas 76092, ATTN: Compliance Officer

**RECONOZCO Y ENTIENDO** que Spine Team Texas PA y/o Spine Team Texas ASC LP pueden no participar con mi plan de seguro y que cualquier pago debido como resultado será discutido conmigo en detalle antes de prestar los servicios. También entiendo que, como cortesía, Spine Team Texas revisará mis opciones de pago y las evaluará en detalle antes de que se preste ningún servicio.

Reconozco y entiendo que Spine Team Texas tiene una política de llegada tardía. Entiendo y reconozco que si llego 15 minutos o más después de mi cita programada, entonces puede que tenga que ser reprogramada.

**POLÍTICA DE CITAS:** Reconozco y entiendo que Spine Team Texas tiene una política por No Presentarse. Entiendo que si no me presento para 3 o más citas, o cancelo con menos de 24 horas de antelación, puedo ser eliminado de la práctica. Además, reconozco y entiendo que hay una tarifa por no presentarse de \$50.00 por faltas a EMG o que por cancelaciones con menos de 24 horas de aviso y Spine Team Texas también se reserva el derecho de cobrar una tarifa por no presentarse de \$35.00 para citas de oficina a las que los pacientes no se presentan o cancelan con menos de 24 horas de aviso. Entiendo que las tarifas cobradas por no presentarse no están cubiertas por mi seguro y seré responsable del pago en su totalidad.

**HISTORIAL DE MEDICACIÓN:** Al inicializar este párrafo y firmar este formulario, reconozco y acepto que en el caso de que me den una receta, estoy concediendo permiso para Spine Team Texas para obtener mi historial de medicamentos. Esto puede adquirirse a través del contacto directo con la farmacia.

**YO (NOSOTROS) EL (LOS) ABAJO FIRMANTE(S) CERTIFICO (CERTIFICAMOS) QUE HE(HEMOS) LEÍDO Y ENTENDIDO PLENAMENTE ESTE FORMULARIO DE «CONDICIONES DE ADMISIÓN Y TRATAMIENTO».**

FIRMA DEL PACIENTE: X \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO: X \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

EL PACIENTE NO PUEDE OTORGAR CONSENTIMIENTO PORQUE: \_\_\_\_\_

PACIENTE/AGENTE AUTORIZADO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_





# Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO PARA LA DESTRUCCIÓN DE PELÍCULAS**

(Iniciales) Entiendo que Spine Team Texas **no será** responsable del almacenamiento de mis rayos X o cualquier otra imagen radiológica. Al firmar este formulario, entiendo y acepto que soy responsable de mis negativos y otras imágenes radiológicas que han sido realizadas en una instalación que no sea Spine Team Texas. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que Spine Team Texas escanea mis imágenes en su sistema de imágenes y conserva esas imágenes en su sistema de escaneo. Spine Team Texas tiene el derecho de destruir mis películas reales si las películas han sido dejadas en Spine Team Texas durante 12 meses o más a partir de la fecha de hoy.

## **DIRECTRICES FINANCIERAS PARA PACIENTES**

(Iniciales) STT se compromete a brindarle la mejor atención posible y estamos encantados de discutir nuestras tarifas profesionales con usted en cualquier momento. Le ayudaremos cuando podamos, para que reciba todas las prestaciones del seguro a las que tenga derecho.

Para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes, participamos en muchos programas de seguros. Cada compañía de seguros tiene su propia regla específica sobre el nivel de atención y el monto del reembolso. Los planes y beneficios de seguros varían considerablemente, y no podemos garantizar qué parte de nuestro servicio estará cubierta o no por su cobertura de seguro particular.

Con mucho gusto procesaremos su reclamación por usted y, cuando el tiempo lo permita, también calcularemos su deducible, copago, coaseguro y cargos por los servicios prestados. El copago, el coaseguro y los deducibles son una responsabilidad contractual entre el paciente y su empleador y/o compañía de seguros. Estas cantidades no son negociables. Esa cantidad se debe pagar en el momento del tratamiento y se puede pagar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. **Nuestras estimaciones están sujetas a la aprobación final de su compañía de seguros y lo que realmente ocurre en la visita a la clínica y/o sesión operativa/procedimiento; por lo tanto, el importe adeudado a nuestra oficina podría cambiar.**

Si usted será sometido a procedimientos o cirugía, la información adicional estará disponible para usted en el momento de la programación. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios, política financiera o su responsabilidad.

Por favor, indique su recepción de este Aviso mediante su firma a continuación.

FIRMA DEL PACIENTE: X \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO: X \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## AVISO AL PACIENTE DE INTERÉS FINANCIERO

Como paciente de Spine Team Texas (la «Práctica»), algunos de sus tratamientos o procedimientos relacionados pueden ser programados en nuestros centros Texas Health Spine Surgery Centers (ASC). Se le informa mediante este aviso que los médicos enumerados a continuación tienen intereses financieros en ASC como se indica:

|   |  |
|---|--|
| Texas Health Spine Surgery Center Allen, LLC  | David Rothbart, MD, Anthony Berg MD, David Cooper, MD; Amit Darnule, MD; Michael Garcia, MD, David Garrigues, MD, Leonard Kibuule, MD, Cortland Miller, MD, Ryan Reeves, MD, Jennifer Donnelly MD, y Andrew Carver Wilkins, MD                             |
| Texas Health Spine Surgery Center Alliance, LLC                                     | David Rothbart, MD; Ryan Reeves, MD; Michael García, MD; Amit Darnule, MD; Leonard Kibuule, MD; Anthony Berg, MD; y David Cooper, MD, Harish Badhey, MD, Jennifer Donnelly, MD, Cortland Miller, MD, Neil Patel, MD, Joseph Platon, MD, Carver Wilkins, MD |
| THR/STT Rockwall ASC, LLC (d/b/a Texas Health Spine Surgery Center Rockwall, LLC)   | David Rothbart, MD; Ryan Reeves, MD; Michael García, MD; Amit Darnule, MD; Leonard Kibuule, MD; Anthony Berg, MD; y David Cooper, MD   |
| THR/STT Southlake ASC, LLC (d/b/a Texas Health Spine Surgery Center Southlake, LLC) | David Rothbart, MD; Ryan Reeves, MD; Michael Garcia, MD; Amit Darnule, MD; Leonard Kibuule, MD; y Jennifer Donnelly, MD  |

Además, usted puede recibir servicios en el Texas Health Harris Methodist Hospital Southlake o Texas Health Presbyterian Hospital Rockwall. Este Aviso le informa de que su médico puede tener un interés financiero en esta entidad. Usted tiene la opción, a su discreción, de utilizar un centro de atención médica alternativo.

Por favor, indique su recepción de este Aviso mediante su firma a continuación.

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

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde del Paciente

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PACIENTES

Cada instalación mencionada anteriormente ha firmado un acuerdo de uso de nombres con Texas Health Resources (THR).

THR no supervisa a ningún profesional de la salud en ningún Centro Texas Health Spine Surgery Center, ni proporciona ningún servicio de atención al paciente en ningún Centro Texas Health Spine Surgery Center.

Es importante que usted también comprenda que todos los médicos de ASC que prestan sus servicios utilizando las instalaciones de ASC son empleados de Texas Health Back Care y son miembros del personal médico de Texas Health Spine Surgery Center.

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

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde del Paciente



## PROGRAMA DE REFERIDOS PARA FAMILIA Y AMIGOS

Spine Team Texas quiere agradecer a nuestros pacientes por referir a sus familiares y amigos a nosotros. Por favor, háganos saber quién le refirió para que podamos enviarle un regalo de agradecimiento.

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Compañero/Ex Paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si se conoce): \_\_\_\_\_

Familia/Amigo/Vecino

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si se conoce): \_\_\_\_\_

Por favor, seleccione la ubicación que está visitando hoy:

Southlake    Bedford    Alliance    Rockwall    Richardson    Allen

---

### ¡NO LO OLVIDE!

Además del nuevo papeleo de paciente, asegúrese de llevar consigo lo siguiente a su cita:

- ID con foto
- Tarjetas de seguro
- Su copago (si lo requiere su seguro)
- Su referencia (si lo requiere su seguro)
- Cualquier informe, película o disco de radiología relacionado con su dolor y tratamiento
- Cualquier historial médico relacionado con su dolor y tratamiento
- Una lista de los medicamentos que está tomando actualmente o sus botellas de medicamentos

**¡GRACIAS POR ELEGIR SPINE TEAM TEXAS!**