



O: (813) 819-0290

F: (833) 551-0405

300 State St. East #222

Oldsmar, FL 34677

Paciente Nuevo

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número: _____ Secundario: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número: _____

Quien te refirió a nosotros? _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo el pago directamente al médico. También autorizo a NATIONAL SPINE INSTITUTE a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Formulario de Consentimiento del Paciente

Bienvenido a NATIONAL SPINE INSTITUTE. Nos esforzaremos por ayudar a restaurar y mejorar su salud, pero no hay garantías ni promesas de mejora o recuperación completa.

Nuestra oficina y nuestro personal están comprometidos a brindar a todos los pacientes, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencias religiosas o políticas; estos servicios de atención médica de calidad se brindarán con dignidad y preocupación.

Su firma en este documento autoriza completamente a nuestro médico y personal a realizar cualquier examen, prueba de diagnóstico y/o tratamiento que consideremos médicamente necesario y a divulgar toda la información pertinente a su salud, seguro o beneficios a todas las partes correspondientes en su nombre.

Se alienta a los pacientes a dejar los objetos de valor en casa o con un familiar o amigo que los acompañe. Esta instalación no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal, incluidos, entre otros, dinero, tarjetas de crédito, ropa, joyas, anteojos/lentes de contacto, dispositivos dentales, audífonos, documentos o cualquier otro artículo personal.

Su firma en este documento confirma que ha leído, comprende y acepta cumplir con todos los términos y condiciones del Instituto Nacional de la Columna Vertebral y que autoriza al médico y al personal a usar y compartir su información médica confidencial con otros médicos tratantes para tratarlo a usted y / o para gestionar el pago de su factura y/o para asuntos relacionados con las operaciones y responsabilidades del Instituto Nacional de la Columna Vertebral.

Como cortesía hacia usted, podemos llamarlo por teléfono cuando falte a una cita y/o no haya asistido por un tiempo.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Cuál es la razón principal por la que estás aquí?: _____

Historial médico (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón
<input type="checkbox"/> Asma/Bronquitis	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Hipo/hiper tiroides	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> HIV/Hepatitis C
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Historia del cáncer	Otro: _____
	Tipo: _____	

Historial de Cirugías

<input type="checkbox"/> Apéndice	<input type="checkbox"/> Cirugía de busto	<input type="checkbox"/> artroscopia
<input type="checkbox"/> Vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda	<input type="checkbox"/> Histerectomía
<input type="checkbox"/> Bypass cardíaco/Stents	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	Otro: _____
<input type="checkbox"/> Reemplazo total de articulaciones		

Historial de Familia

¿Alguien en su familia inmediata ha muerto de una enfermedad cardíaca?: SI NO

¿Alguien en su familia ha tenido una reacción adversa a la anestesia?: SI NO

¿Alguien en su familia ha tenido una reacción adversa al látex?: SI NO

Enumere cualquier enfermedad médica que se presente en su familia: _____

Historial Social

con quien vives ahora: Solo Cónyuge Familia Amigos Otro: _____

Fumas tabaco? SI NO Cuántos paquetes por día? _____ Cuánto tiempo? _____ years

Bebes alcohol? YES NO Con qué frecuencia? _____ Cuánto tiempo? _____ years

Estas trabajando? SI NO En caso afirmativo, ¿dónde trabaja? _____

¿Tiene o ha tenido algún problema relacionado con lo siguiente/ (Circule todo lo que corresponda)

<u>Constitucional</u>	<u>Ojos</u>	<u>Oídos/Nariz/Garganta</u>	<u>Genitourinario</u>
Fiebre	Vision Borrosa	infección de oído	Retención de orina
Escalofríos	Vision Doble	Dolor de garganta	Dolor al orinar
dolores de cabeza	Dolor	Senos paranasales	Frecuencia urinaria

<u>Neurológico</u>	<u>Endocrino</u>	<u>Gastrointestinal</u>	<u>Respiratorio</u>
Tremores	Sed excesiva	Dolor Abdominal	Tos frecuente
Mareos	Demasiado calor/frío	Náuseas/Vómitos	Falta de aliento
Entumecimiento	Cansancio	Sangrado Rectal	Sibilancias

Hematológico/Linfático

glándulas inflamadas
coágulos de sangre
Sangrado

Cardiovascular

Dolor de pecho
Venas varicosas
Arritmia

Integumentario

Rash
Furúnculos
Picazón persistente

Psicológico

Depresión
Trastorno Bipolar
Esquizofrenia

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos?: SI NO Que? _____

Marque cualquier tratamiento anterior que haya tenido para este problema y la cantidad de veces que ha tenido cada uno.

TRATAMIENTO	X	AYUDO SI/NO	# INYECCIONES	FECHA
Epidural Injection				
Facet Injection				
SI Joint Injection				
Radiofrequency Ablation				
Trigger Point				
Nerve Blocks				
Discectomy				

Enumere cualquier otro médico que tenga o esté consultando actualmente por este problema

MÉDICO	ESPECIALIDAD	TRATAMIENTO	NUMERO

Medicamentos actuales (Enumere todos los medicamentos. Use el reverso de esta hoja si necesita más espacio)

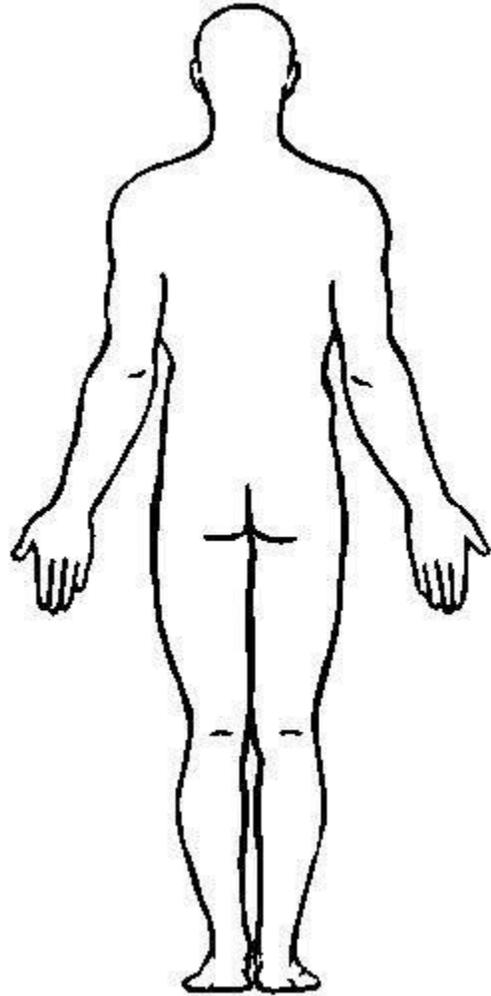
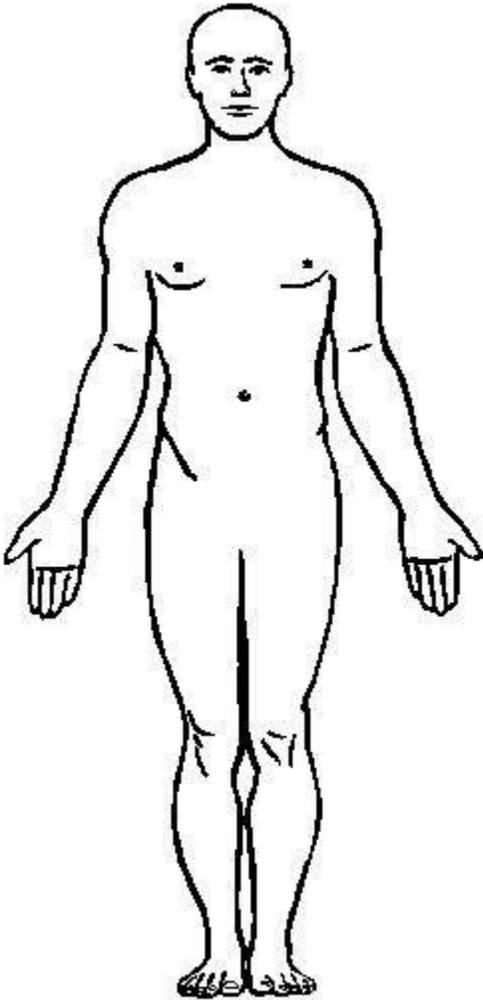
MEDICAMENTOS	DOSIS	# POR DIA	RAZÓN

Actividades de la vida diaria:

Enumere las actividades que son difíciles de realizar o que no puede realizar desde la lesión. Indique solo si anteriormente realizaba la actividad.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Utilice la clave a continuación para indicar la(s) ubicación(es) de su dolor:



Clave:

X=DOLOR

*=HORMIGUEO

O=ENTUMECIMIENTO

En una escala del 0 al 10, ¿cuál es su nivel de dolor? _____

¿Cuál de estos experimenta (encierre en un círculo todo lo que corresponda) Punzante Hormigueo
Entumecimiento Agudo Profundo Tieso Sensible Pulsante Ardor otro: _____

Medical Records Release Authorization

Para evitar demoras, la parte superior e inferior de este documento debe completarse en su totalidad.

Por favor imprime claramente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero: _____

Por la presente se otorga permiso al Dr. James St. Louis y al Instituto Nacional de la Columna Vertebral para divulgar información médica a la persona/organización como se indica a continuación o para que se divulguen los registros al Dr. James St. Louis y a NATIONAL SPINE INSTITUTE.

- Correspondencia

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/Código Postal: _____

- Fax (_____) _____

Información que será liberada:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Todo Registro Medico | <input type="radio"/> Solo notas de oficina |
| <input type="radio"/> Registros Quirúrgicos | <input type="radio"/> X-ray/MRI CD |
| <input type="radio"/> Informes de Terapia | <input type="radio"/> X-ray/MRI Reporte |
| <input type="radio"/> Resultados Diagnosticos | <input type="radio"/> Informacion del Paciente |
| <input type="radio"/> Otro : _____ | |

Esta autorización tendrá una vigencia de dos años a partir de la fecha de la firma del paciente como aparece a continuación.

Entiendo que tengo derecho a rechazar esta autorización, por escrito, el Dr. James St. Louis y NATIONAL SPINE INSTITUTE quedan liberados de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la información solicitada.

Firma del paciente o tutor legal

Firma

Fecha

Aviso de práctica de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud, y cómo puede acceder a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

En NATIONAL SPINE INSTITUTE, siempre hemos mantenido segura y confidencial su información de salud. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) nos exige que sigamos manteniendo su privacidad, que le entreguemos este aviso y sigamos los términos de este aviso. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, revisión de su expediente por un médico especialista al que podemos involucrar en su atención. Podemos usar o divulgar su información de salud para el pago de sus servicios.

Podemos usar o divulgar su información de salud para nuestras operaciones normales de atención médica. Podemos usar su información para contactarlo. En caso de emergencia, podemos divulgar su información de salud a un familiar u otra persona responsable de su atención. Podemos divulgar parte o toda su información de salud cuando lo exija la ley.

Excepto como se describe anteriormente, esta práctica no usará ni divulgará su información de salud sin su autorización previa por escrito. Puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información de salud como se describe anteriormente. Le informaremos si podemos cumplir con su solicitud.

Tiene derecho a transferir copias de sus registros médicos a otra práctica. Puede recogerlo en la oficina o le enviaremos sus archivos por correo. Tiene derecho a recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Envíenos una solicitud por escrito con respecto a la información de la que desea obtener copias; sin embargo, es posible que le cobremos una tarifa por las copias.

Tiene derecho a solicitar y modificar su información de salud. Envíenos su solicitud para realizar cambios por escrito. Si desea incluir una declaración en su expediente, envíenosla por escrito. Podemos o no hacer los cambios que usted solicita, pero estaremos encantados de incluir su declaración en su archivo. Si aceptamos una enmienda o cambio, no moveremos ni alteraremos los documentos anteriores, pero agregaremos nueva información.

Tiene derecho a recibir una copia de este aviso.

Firma del paciente o tutor legal

Firma

Fecha

Autorización para gravamen de proveedor; Garantía Personal de Pago;
Autorización para Divulgación de Información

Otorgo a NATIONAL SPINE INSTITUTE un gravamen contra cualquier recuperación que pueda tener ahora o en el futuro contra cualquier causante del daño o compañía de seguros responsable. Por la presente ordeno que cualquier abogado que me represente ahora o en el futuro ejecute esta carta de protección a favor de NATIONAL SPINE INSTITUTE. Por la presente, además, otorgo un derecho de retención sobre mi caso a NATIONAL SPINE INSTITUTE por un monto equivalente al saldo pendiente por los servicios que me brindó el Instituto Nacional de la Columna Vertebral. Este gravamen se aplicará a todos los ingresos de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda pagarse a mi abogado o a mí debido a las lesiones por las que he sido tratado o en conexión.

Por la presente autorizo a NATIONAL SPINE INSTITUTE a que le proporcione a usted, mi abogado, un informe completo de su examen sobre mí en relación con el accidente o lesión que ocurrió.

Por la presente garantizo el pago total a NATIONAL SPINE INSTITUTE Y acepto que seguiré siendo personalmente responsable de cualquier cargo no pagado que resulte de un deducible, copago o tratamiento después de que se agoten los beneficios.

Por la presente autorizo y ordeno a cualquier abogado en mi empleo actual o pasado, que pague directamente a NATIONAL SPINE INSTITUTE las sumas que se deban y se les deban por los servicios profesionales que me prestaron a causa de este accidente y de cualquier otra factura que sea debido a su cargo y retener tales sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto, según sea necesario para proteger adecuadamente a NATIONAL SPINE INSTITUTE

Entiendo completamente que soy directa y completamente responsable ante NATIONAL SPINE INSTITUTE por todas las facturas profesionales presentadas por NATIONAL SPINE INSTITUTE por los servicios prestados a mí y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional del NATIONAL SPINE INSTITUTE y en consideración de su pago pendiente. Además, entiendo que dicho pago no está supeditado a ningún acuerdo, juicio o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicho cargo. NATIONAL SPINE INSTITUTE puede, a su discreción, facturarme directamente en cualquier momento los montos vencidos y adeudados en ese momento. Además, acepto pagar cualquier monto que se me facture dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha de facturación. Si no pago alguna cantidad, NATIONAL SPINE INSTITUTE puede colocar mi cuenta en cobros, con los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de un abogado, a mi cargo.

El abogado retendrá todos los montos necesarios para compensar completamente a NATIONAL SPINE INSTITUTE por los servicios prestados al paciente y no distribuirá los fondos recibidos en la liquidación de la reclamación del paciente a menos que primero satisfaga el saldo total de NATIONAL SPINE INSTITUTE o reciba una aceptación por escrito de menos del monto total de NATIONAL SPINE INSTITUTE si el abogado que se indica a continuación deja de representar al paciente, este gravamen será vinculante para todos los abogados o bufetes de abogados subsiguientes contratados por el paciente en este asunto.

Cualquier falla a NATIONAL SPINE INSTITUTE en hacer uso de cualquiera de las protecciones otorgadas bajo este acuerdo no constituirá una renuncia a ese recurso.

Firma del paciente o tutor legal

Firma

Fecha

Política de no Presentación y Cancelación

Por favor revise cuidadosamente. Coloque sus **iniciales** a continuación para reconocer y aceptar la política de no presentación y cancelación.

____: Su tiempo es muy importante para nosotros, para ser respetuosos con las necesidades médicas de nuestros pacientes, sea cortés y llame de inmediato si llega tarde o no puede asistir a su cita o procedimiento.

Este tiempo se reasignará a alguien que necesite tratamiento urgente. Si es necesario cancelar, le pediremos que llame **2 días hábiles** antes de su cita programada.

**** Las fechas de citas y trámites son muy demandadas y tus cancelaciones anticipadas le darán a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención médica oportuna.****

____: Si se presenta más de 15 minutos después de la hora de su cita programada, se considerará que "no se presentó" y su cita podría ser reprogramada.

____: Para cancelar una cita/procedimiento, comuníquese con nuestra oficina al (813) 819-0290. Si no puede comunicarse con alguien, deje un mensaje detallado que indique su nombre, fecha y hora de su cita/procedimiento.

____: Cualquier cancelación de cita quirúrgica dentro de los **5 días hábiles** o la no presentación se considerará como una cita/procedimiento incompleto y estará sujeta a una tarifa de cancelación de \$ 7,500.00.

Nombre escrito

Firma

Fecha

Nombre: _____

Fecha: _____

Cuestionario de accidente

1. Fecha de accidente: _____

2. Tipo de Accidente: Slip and Fall, Vehículo de motor, o otro: _____

3. Tipo de vehiculo en el que conducía/viajaba: _____

4. Que tipo de vehiculo te golpeo?: _____

5. En que posicion en el vehiculo estabas (conductor o pasajero): _____

6. Cómo ocurrió el accidente?: _____

7. ¿Llevabas cinturón de seguridad? SI NO

8. ¿Llegó la policía al la escena? SI NO

9. ¿Lo llevaron al hospital en ambulancia? SI NO

10. ¿Fuiste al hospital si no fuiste en ambulancia? SI NO

Si es así, donde? _____

11. Si no fue al hospital, ¿dónde buscó tratamiento?: _____

12. ¿Has estado en algún accidente anteriormente? SI NO

13. ¿Tuviste este dolor anteriormente? SI NO