



<b>Nombre</b>			<b>Fecha</b>	
<b>No. de Seguro Social</b>	<b>Edad</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Teléfono de la casa</b>
<b>Dirección</b>			<b>Teléfono del trabajo</b>	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Número de celular</b>	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>				
<b>Estado Civil: C S V D</b> <b>Número de hijos</b>				
<b>Nombre del cónyuge</b>			<b>Su ocupación</b>	
<b>Nombre del contacto de emergencia y número de teléfono ( )</b>				
<b>¿Cómo se enteró de nuestro consultorio?</b>				

## INFORMACIÓN DE SALUD

**Motivo principal de la consulta:**

---

**Otras molestias:**

---

**¿Por cuánto tiempo ha tenido esta molestia?**

---

**¿Ha tenido usted molestias similares antes?**

---

**¿Ubicación del dolor o del síntoma?**

---

**Intensidad del dolor: (sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dolor grave)**

---

**Otros médicos consultados para esta afección:**

---

**¿Está tomando actualmente algún medicamento? Si / No      Si su respuesta es si, diga cuáles:**

---

**¿Qué ayuda a aliviar sus síntomas?**

---

**¿Cirugía? Si / No      ¿Se ha caído alguna vez? Si / No      ¿Ha tenido algún accidente? Si / No**

---

**¿Cuando?      Por favor describa:**

---

**Fecha del último examen médico:      ¿Por cuál médico?**

---

**¿Está embarazada? Si / No      No. de semanas      ¿Cuántas veces ha estado embarazada?**

---

**¿Quién es su médico de Atención Primaria?**

---

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DE SEGUROS DE SALUD**

¿Tiene Seguros de Salud? Si / No

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza \_\_\_\_\_

No. de la póliza \_\_\_\_\_

/ No. del Grupo \_\_\_\_\_

Es esta dolencia debida a:

• ¿Enfermedad? Si / No

• ¿Lesión relacionada con el trabajo? Si / No

• ¿Accidente automovilístico? Si / No

• ¿Resbalón o caída? Si / No

Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

¿En cuál estado ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

## **PARA EL SEGURO DE LESIONES EN EL TRABAJO:**

Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Sitio donde ocurrió la lesión \_\_\_\_\_

Descripción del accidente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros de compensación al trabajador \_\_\_\_\_

/ Reclamación No. \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador/No. de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

No. Teléf. \_\_\_\_\_

## **PARA LESIÓN POR RESBALÓN Y CAÍDA RELACIONADA CON UN AUTOMÓVIL**

Si fue resbalón y caída, sitio de la lesión \_\_\_\_\_

Para el vehículo que conducía o en el que viajaba al momento del accidente - Nombre de la aseguradora del automóvil \_\_\_\_\_

¿Se ha presentado una reclamación médica? Si / No \_\_\_\_\_

No. de la reclamación: \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador y número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Lo está representando un abogado? Si / No \_\_\_\_\_

Nombre del abogado \_\_\_\_\_

Número de teléfono (     ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS

**Marque Si o No las siguientes condiciones o síntomas que tiene actualmente o que ha tenido en el pasado:**

SI NO

- Dolor abdominal
- Anemia
- Dolor en el brazo o el hombro
- Artritis: reumatoidea, gota, osteoartritis
- Dolor en la Espalda
- Problemas de la vejiga
- Cáncer (Dónde):  
\_\_\_\_\_
- Dolor en el pecho
- Problemas circulatorios
- Estreñimiento
- Depresión
- Diabetes
- Dificultad para tragar
- Trastorno de la digestión
- Mareos
- Ojos o visión borrosa
- Fatiga
- Fiebre
- Orina frecuente

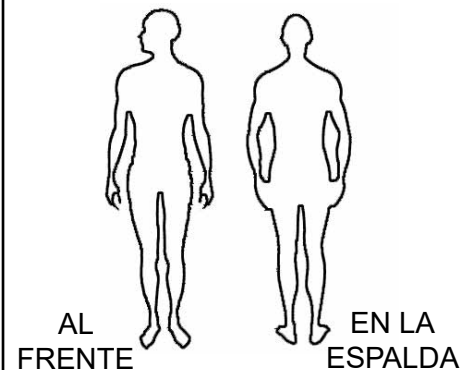
SI NO

- Dolores de cabeza:
- Problemas del corazón
- Presión sanguínea alta o baja
- Dolor de la cadera o pierna
- Sofocos
- Problemas del sistema inmunitario
- Insomnio
- Problemas de los riñones
- Hígado / Ictericia / Hepatitis
- Heces blandas
- Trastornos bronquiales o pulmonares
- Problemas de memoria
- Problemas menstruales
- Implantes metálicos
- Dolor en el cuello
- Nerviosismo
- Dolencias neurológicas: Derrames cerebrales, Ataques, Entumecimiento

SI NO

- Osteoporosis
- Palpitaciones
- Trastorno de la próstata
- Problemas de sinusitis
- Erupciones de la piel
- Articulaciones hinchadas
- Tiroides
- Problemas de la vista

Marque en el diagrama dónde siente dolor, entumecimiento u hormigueo.



Alergias Medicamentos \_\_\_\_\_

Otras alergias \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

¿Está empleado? Si / No \_\_\_\_\_

¿Fuma usted? Si / No                      Si su respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo ha fumado? \_\_\_\_\_

¿Cuánto? ( ) paquete(s) diario(s) \_\_\_\_\_

¿Consume drogas recreativas? Si / No                      Si su respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo las ha consumido? \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Consume bebidas alcohólicas? Si / No                      ¿Cuánto al día?                      ¿Por semana?                      ¿Por mes? \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio regularmente? Si / No \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## **HISTORIA FAMILIAR**

**¿Algún miembro de su familia inmediata sufre o ha sufrido de cáncer?**

Con vida / Fallecido

**Madre:** Si / No ¿Qué tipo?

Si ha fallecido, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**Padre:** Si / No ¿Qué tipo?

Si ha fallecido, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**Hermano:** Si / No ¿Qué tipo?

Si ha fallecido, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**Hermana:** Si / No ¿Qué tipo?

Si ha fallecido, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**Abuela (materna):** Si / No ¿Qué tipo?

Si ha fallecido, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**Abuelo (materno):** Si / No ¿Qué tipo?

Si ha fallecido, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**Abuela (paterna):** Si / No ¿Qué tipo?

Si ha fallecido, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

**Abuelo (paterno):** Si / No ¿Qué tipo?

Si ha fallecido, causa de la muerte: \_\_\_\_\_

## **TODO: REVISE Y FIRME**

*Comprendo y convengo que las pólizas de seguro de accidentes y salud son un convenio entre una aseguradora y yo. Además, comprendo que el consultorio preparará los informes y formularios necesarios para ayudarme a obtener el pago de la compañía de seguros y que cualquier suma autorizada será pagada directamente a Primary Spine & Rehab, LLC y será acreditada a mi cuenta a la recepción. Sin embargo, entiendo claramente y convengo que todos los servicios que se me prestan son facturados a mi directamente y que soy personalmente responsable por el pago. También entiendo que si suspendo o termino mi atención o tratamiento, cualquier honorario por los servicios profesionales que se me hayan prestado serán inmediatamente exigibles y pagaderos. Al firmar este formulario, comprendo además, que le estoy dando permiso a Primary Spine & Rehab, LLC de enviarme su boletín mensual. Si no quiero recibir este boletín, puedo informar al consultorio en cualquier momento y/o puedo darme de baja en cualquier momento. Todas las anteriores informaciones provistas por mi en este formulario son verdaderas.*

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Tutor, Guardián o Cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Primary Spine & Rehab

fisiatría | fisioterapia | quiropráctica

Centro  
Multiespecialístico  
de alivio del dolor  
Músculo Esquelético

## **NOTIFICACIÓN SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD**

Esta notificación de las prácticas de privacidad revelan como su información de salud será utilizada.

Primary Spine & Rehab, LLC utiliza su información de salud para el tratamiento, para obtener pago del tratamiento con su autorización según sea necesario (verifique las leyes de su estado), para fines administrativos, y para evaluar la calidad de la atención que recibe usted.

Primary Spine & Rehab, LLC no divulgará su información a otros a menos que usted nos diga que lo hagamos, o a menos que la ley nos autorice o exija hacerlo.

Primary Spine & Rehab, LLC puede utilizar su información para hacer recordatorios de citas, información acerca de alternativas de tratamiento u otros asuntos relacionados con la salud.

Primary Spine & Rehab, LLC puede divulgar su información para actividades de salud pública, a directores de funerarias para permitirles realizar sus actividades, para donaciones de órganos y tejidos, investigación, salud y seguridad, funciones gubernamentales para cumplir con las leyes y regulaciones de seguro de accidentes en el trabajo, un derecho de solicitar una restricción, informar y conservar una copia de su historial de salud, solicitar comunicación de su información por medios alternos, revocar su autorización y solicitar un informe sobre su historial de salud.

Usted puede quejarse con el Funcionario de Privacidad y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Primary Spine & Rehab, LLC debe mantener la privacidad de la información de salud protegida, informarle de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, ceñirse a los términos de la notificación, avisarle si no pudo convenir a la restricción solicitada sobre como su información es utilizada o revelada, facilitar solicitudes razonables que usted pueda hacer para comunicarse con la información de salud por medios alternos o por ubicaciones alternas y obtener su autorización escrita para utilizar o divulgar su información de salud para fines distintos de los arriba listados y permitidos bajo la ley.

Esta notificación de las prácticas de privacidad permanecerá en vigencia hasta que el paciente la revoque por escrito a este consultorio.

Si tiene cualesquier pregunta o quejas, comuníquese con nuestro consultorio al 860-763-2225.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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



# Primary Spine & Rehab

fisiatría | fisioterapia | quiropráctica

Centro  
Multiespecialístico  
de alivio del dolor  
Músculo Esquelético

## RELEVO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_ [Nombre de la persona], autorizo \_\_\_\_\_  
a divulgar mi información de salud protegida, como se describe abajo, a:

**PRIMARY SPINE & REHAB, LLC**  
143 Hazard Avenue  
Enfield, CT 06082

### **Solicito que la información que se divulgará consista de lo siguiente (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historial médico completo  | <input type="checkbox"/> Historia médica, historial de evaluación    | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones          |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento o exámenes     | <input type="checkbox"/> Registros hospitalarios, informes inclusive | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos   |
| <input type="checkbox"/> Historial de alergias      | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                     | <input type="checkbox"/> Datos de prescripciones |
| <input type="checkbox"/> Historial de consultas     | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos                        |  |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____ |  |  |

### **También autorizo específicamente que cualquier información delicada sea revelada a los destinatarios arriba citados con relación a (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):**

- VIH/SIDA     Abuso de sustancias o drogas (alcoholismo o abuso de drogas)     Salud Mental

### **Tengo entendido que la información que se divulgará se utilizará para los siguientes fines (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> A solicitud de la persona (No hace falta especificar el fin) | <input type="checkbox"/> Atención médica adicional |   |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad para el seguro/Beneficios                       | <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor       | <input type="checkbox"/> Investigación o acción legal |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especifique): _____                                   |  |   |

### **LOS DERECHOS DE LA PERSONA CON RELACIÓN A ESTA AUTORIZACIÓN:**

Entiendo que debo ser provisto con una copia de este formulario si elijo firmarlo. Comprendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que la práctica no puede condicionar mi tratamiento, el pago, o la inscripción o elegibilidad para beneficios a mi decisión de firmar este formulario. Entiendo que puedo revocar mi autorización. Para recibir una copia de mi revocación, debo contactar al Dr. Sadowski por el teléfono (860) 763-2225. Estoy consciente que mi revocación no será efectiva en lo concerniente a usos o revelaciones de mi información de salud que la(s) persona(s) u organizaciones arriba listadas han ya hecho con base a esta autorización.

***He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleja fielmente mis deseos. Esta divulgación estará en vigencia hasta que el paciente notifique al consultorio por escrito de rescindir la divulgación.***

Firma de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Descripción de la relación del representante: \_\_\_\_\_



# Primary Spine & Rehab

Centro  
Multiespecialístico  
de alivio del dolor  
Músculo Esquelético

fisiatría | fisioterapia | quiropráctica

## **CONTRATO FINANCIERO**

Nos gustaría aprovechar un momento para darle la bienvenida a nuestro consultorio y para asegurarle que estará recibiendo la mejor atención posible para su dolencia. Para familiarizarlo con las políticas financieras de nuestro consultorio, nos gustaría explicarle como se manejarán sus cuentas médicas.

### **REFERENCIA(S) DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

En el caso de que su compañía de seguros exija una referencia de su médico de atención primaria, usted conviene en ser responsable de proveerle a este consultorio la referencia original dentro de un lapso de cinco (5) días de su primera visita al consultorio. Si no se cumple la condición de referencia, usted conviene en pagar completamente todos los servicios prestados a usted dentro de treinta (30) días de recibir una cuenta de este consultorio.

### **EXPLICACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGUROS**

Muchas pólizas de seguros cubren la atención quiropráctica y fisioterapia, y nosotros participamos con la mayoría de los planes. Es su responsabilidad familiarizarse con su beneficio concedido. Como una cortesía a usted, será grato para nuestro consultorio verificar su seguro y facturarle a su compañía de seguros de manera oportuna. Exigimos que usted, el paciente, se dé cuenta y se responsabilice por el pago de sus deducibles, coaseguro y/o copagos en la fecha que los servicios son prestados antes de ser examinado por su proveedor de atención médica. Para los pacientes con deducible, exigimos que usted pague un honorario «estimado» por servicios con base a nuestro honorario en efectivo por plan de servicios. Este plan de pago por visita le ayudará a evitar el recibir una cuenta grande al final del tratamiento.

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Todos los servicios se prestan únicamente por cita y este tiempo es reservado para su uso exclusivo. Debemos solicitar un preaviso de 24 horas para cancelar o cambiar una cita, o estará sujeto a pagar un honorario de 25 USD por incumplir una cita programada.

### **TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE LA ATENCIÓN**

Si usted suspende o termina su atención en cualquier momento, sus porciones de todos los cargos por servicios profesionales son exigibles y pagaderos inmediatamente a este consultorio. Todos los servicios prestados por este consultorio son facturados directamente a usted, y usted finalmente será responsable personalmente por el pago, independientemente de su cobertura de seguros.

### **CESIÓN DE BENEFICIOS**

El suscrito mediante la presente autoriza la divulgación de cualesquier información con relación a todas las reclamaciones por beneficios presentadas en nombre mío y otros dependientes. Además, expresamente convengo y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi médico a presentar reclamaciones por beneficios, por servicios prestados o por servicios que se prestarán, sin obtener mi firma en todas y cada una de las reclamaciones que se presentarán por mi y/o mis dependientes, y que estaré obligado por firma como si el suscrito hubiese firmado personalmente la reclamación específica. Pague y por medio de este ceda directamente a Primary Spine & Rehab, LLC todos los beneficios, si hay alguno, de otra manera pagaderos a mi por los servicios prestados como se describe en los formularios adjuntos. Comprendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos. Además, reconozco que cualquier beneficio de seguros, al ser recibido y pagado a Primary Spine & Rehab, LLC será aplicado a mi cuenta, conforme a la cesión arriba citada. También reconozco que cualquier beneficio de seguros pagado directamente a mi por servicios prestados necesita ser endosado a Primary Spine & Rehab, LLC para ser aplicado a mi cuenta.

He leído y entiendo la política financiera del consultorio.

Firma: \_\_\_\_\_

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



# Primary Spine & Rehab

fisiatría | fisioterapia | quiropráctica

Centro  
Multiespecialístico  
de alivio del dolor  
Músculo Esquelético

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

### Visita Médica y/o Tratamiento

\_\_\_\_\_ *iniciales*

Yo, por la presente solicito y consiento al plan de tratamiento como se me explicó por mis síntomas médicos, quejas, enfermedad. Si soy referido para servicios quiroprácticos o de fisioterapia, entiendo que es parte de esta práctica y consentimiento.

### Quiroprácticos / Fisioterapia

\_\_\_\_\_ *iniciales*

Por la presente solicito y consiento a la realización de ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos y de fisioterapia, incluyendo diversos modos de fisioterapia que se apliquen a mi persona (o al paciente citado a continuación, por quien soy legalmente responsable) por los quiroprácticos y fisioterapeutas quienes ahora o en el futuro trabajen en la clínica o consultorio listado arriba o cualquier otro consultorio o clínica.

Comprendo y estoy informado(a) que, como lo es en la práctica de la medicina, en la práctica de la fisioterapia, y la quiropráctica hay algunos riesgos al tratamiento, que incluyen, pero no se limitan a fracturas, lesiones a los discos vertebrales, derrames cerebrales, dislocaciones y torceduras. Yo no espero que el doctor y/o fisioterapeuta pueda anticipar o explicar todos los riesgos y complicaciones, y deseo confiar en el doctor/terapeuta de ejercer juicio durante el transcurso del procedimiento el cual el doctor/terapeuta crea conveniente en ese entonces, basado en los factores que conoce, está a mi interés.

He leído, o me han leído, el consentimiento que precede. Al firmar abajo, yo estoy de acuerdo con los procedimientos arriba nombrados. Quiero que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento de mi molestia actual y para cualquier afección futura las cuales busque tratamiento.

Todos los procedimientos (médicos, quiroprácticos y de fisioterapia) serán cubiertos por este consentimiento y serán vigentes hasta que el paciente revoque el consentimiento de esta práctica por escrito.

Entiendo que los resultados no están garantizados.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del paciente o Guardián Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



# Índice de calificación funcional

Para usarlo con **Problemas del cuello y/o de la espalda** únicamente.

Para evaluar apropiadamente su condición, debemos comprender a qué grado su **Problema del cuello y/o de la espalda** han afectado su capacidad de desempeñar sus actividades diarias.

Para cada punto a continuación, encierre en un círculo el número que más coincida con la descripción de su condición actual.

## 1. Intensidad del dolor

0	1	2	3	4
No hay dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor grave	El peor dolor posible

## 2. Durmiendo

0	1	2	3	4
Sueño perfecto	Sueño levemente trastornado	Sueño moderadamente trastornado	Sueño enormemente trastornado	Sueño enormemente trastornado

## 3. Cuidado personal (lavarse, vestirse, etc.)

0	1	2	3	4
No hay dolor; no hay restricciones	Dolor leve; no hay restricciones	Dolor moderado; hay que proceder lentamente	Dolor moderado; se necesita un poco de ayuda	Dolor intenso; se necesita 100% de asistencia

## 4. Viajar (conducir, etc.)

0	1	2	3	4
No hay dolor en viajes largos	Dolor leve en viajes largos	Dolor moderado en viajes largos	Dolor moderado en viajes cortos	Dolor intenso en viajes cortos

## 5. Trabajo

0	1	2	3	4
Puedo hacer el trabajo usual más trabajo extra ilimitado	Puedo hacer el trabajo usual, sin ningún trabajo extra	Puedo hacer 50% del trabajo usual	Puedo hacer 25% del trabajo usual	No puedo trabajar

## 6. Recreación

0	1	2	3	4
Puedo hacer todas las actividades	Puedo hacer la mayor parte de las actividades	Puedo hacer algunas actividades	Puedo hacer unas pocas actividades	No puedo hacer ninguna actividad

## 7. Frecuencia del dolor

0	1	2	3	4
No hay dolor	Dolor ocasional; 25% del día	Dolor intermitente; 50% del día	Dolor frecuente; 75% del día	Dolor constante; 100% del día

## 8. Levantamiento de Pesos

0	1	2	3	4
No hay dolor con peso pesado	Dolor aumentado con peso pesado	Dolor aumentado con peso moderado	Dolor aumentado con peso ligero	Dolor aumentado con cualquier peso

## 9. Caminar

0	1	2	3	4
No hay dolor; cualquier distancia	Incremento del dolor después de 1 milla	Incremento del dolor después de 1/2 milla	Incremento del dolor después de 1/4 milla	Incremento del dolor todas las caminatas

## 10. De pie

0	1	2	3	4
No hay dolor después de varias horas	Dolor aumentado después de varias horas	Dolor aumentado después de 1 hora	Dolor aumentado después de 1/2 hora	El dolor aumentado me permite estar de pie

Nombre \_\_\_\_\_

IMPRESO

No. ID/No. SS \_\_\_\_\_

Plan ID \_\_\_\_\_

Puntuación total \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_