

Integrated Spinal Solutions

Informacion del Paciente

Nombre de Paciente:		Fecha:	
Domicilio:		Teléfono de Casa:	
Ciudad/Estado/Código Postal:		Teléfono de Trabajo:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Nombre de Empleador:	
Estatura:	Peso:	Dirección de Empleador:	
Numero de Seguro Social:			
E-Mail:		Nombre de Dr. primario y dirección:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			

Contacto de Emergencia

Pariente Adulto mas Cercano:		Relacion al paciente:
Domicilio:		Telefono:

Informacion de Aseguranza

¿Su seguro cubre el tratamiento quiropráctico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Si contest "Si" necesitamos copia de su tarjeta	
Si contest "Si", indique nombre de su aseguranza Si lo atienden por una lesión relacionada con el trabajo o por un accidente automovilístico, necesitamos el número de reclamación y el nombre del ajustador de reclamaciones.	Nombre de Compañía de Seguro:	
	Dirección:	
	Telefono:	
	Numero de Peticion:	
	Nombre de Ajustador:	
¿Eres la persona asegurada o dependiente?	<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Dependiente (esposa/esposo/hijo)	
Si usted es dependiente de la persona asegurada (cónyuge o hijo), necesitamos el nombre de la persona asegurada, la fecha de nacimiento, el número de seguro social, el nombre de la empresa del empleador asegurado y la dirección de la empresa.	Nombre de persona asegurada:	
	Numero de Seguro Social:	
	Fecha de Nacimiento:	
	Nombre de Compañía Asegurada:	
	Dirección de Compañía Asegurada:	

Como cortesía, nuestra oficina le brindará servicios de facturación de seguros si lo desea. Recuerde que usted es el responsable final de los cargos incurridos en esta oficina. **Es su responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, copago y cualquier otro saldo no pagado por su compañía de seguros (excepto por los descuentos contratados). Su firma en este documento indica que usted acepta pagar las facturas pendientes incurridas en esta oficina.**

PARA MANTENER NUESTROS GASTOS GENERALES BAJOS Y MANTENER NUESTRAS CUOTAS PARA PACIENTE RAZONABLES, REQUERIMOS EL PAGO EN LA CONCLUSIÓN DE CADA TRATAMIENTO PARA LOS PACIENTES QUE PAGAN EFECTIVO Y EL COPAGO PARA LOS PACIENTES DE SEGURO.

Firma de Paciente (Padre o Responsable): _____ **Fecha:** _____

Historial del Paciente
 Integrated Spinal Solutions
 1000 Caughlin Crossing #55 Reno, NV 89519

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

ONSET: Este formulario es sólo para el historial de accidentes de auto. Si su lesión fue el resultado de otra cosa, informe a la recepcionista.

Fecha de Accidente: _____ Ocupacion: _____

¿Ha perdido tiempo del trabajo? No Si

Detalles del accidente: Su posición en el vehículo:	<input type="checkbox"/> Yo conducía <input type="checkbox"/> Manejador de Motocicleta	<input type="checkbox"/> Yo era pasajero: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Frente <input type="checkbox"/> Lado Izquierdo (atras) <input type="checkbox"/> Lado Derecho (atras) <input type="checkbox"/> En Medio (atras)
Detalles del Impacto:..... Tipo de Impacto:..... Cinturon de Seguridad:..... Golpes en cuerpo o cabeza?:..... Se asió para el impacto?:..... Perdió la conciencia?	<input type="checkbox"/> Mi vehículo fue golpeado <input type="checkbox"/> Mi vehículo golpeo a otro vehículo <input type="checkbox"/> Choque frontal <input type="checkbox"/> Trasero <input type="checkbox"/> Impacto lado Conductor <input type="checkbox"/> Impacto Lado Pasajero <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> Puerta <input type="checkbox"/> Parabrisas <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)	
La posición de tu cuerpo al ser golpeado?	<input type="checkbox"/> Mirando hacia arriba <input type="checkbox"/> Mirando al frente <input type="checkbox"/> Ambas manos en regazo <input type="checkbox"/> Ambas manos en volante <input type="checkbox"/> Mano izquierda en volante <input type="checkbox"/> Mano derecha en volante <input type="checkbox"/> Mano derecha en palanca de cambio <input type="checkbox"/> Cabeza girada a la derecha <input type="checkbox"/> Cabeza girada a la izquierda	<input type="checkbox"/> Cuerpo torcido hacia la izquierda mirando el asiento trasero. <input type="checkbox"/> Cuerpo torcido hacia la derecha mirando el asiento trasero. <input type="checkbox"/> Cuerpo inclinado hacia la derecha. <input type="checkbox"/> Cuerpo inclinado hacia la izquierda. <input type="checkbox"/> Mirando hacia arriba y a la derecha en el espejo retrovisor <input type="checkbox"/> Sentado con postura recta <input type="checkbox"/> Sentado con postura encorvada <input type="checkbox"/> Cabeza contra el reposacabezas. <input type="checkbox"/> Inclínándose hacia delante lejos del reposacabezas.
Velocidad aproximada de su vehículo al momento del impacto:	<input type="checkbox"/> Detenido <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Disminuyendo velocidad <input type="checkbox"/> Acelerando <input type="checkbox"/> Velocidad de Autopista <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Velocidad aproximada del otro vehículo:....	<input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Disminuyendo velocidad <input type="checkbox"/> Velocidad Posteada <input type="checkbox"/> Excesiva <input type="checkbox"/> Velocidad de Autopista <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Reposacabezas.....	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Tipo Integrada <input type="checkbox"/> Tipo Ajustable <input type="checkbox"/> Arriba <input type="checkbox"/> Abajo <input type="checkbox"/> No se Si es Ajustable, ¿la posición fue alterada por el choque? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Bolsas de Aire:	¿Se desplegó la bolsa de aire? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El vehículo no está equipado con bolsas de aire.	
Asientos:.....	¿El ajuste del respaldo del asiento fue alterado por el choque? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se quebró? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Monto estimado de daños causados a SU vehículo?	\$ _____ <input type="checkbox"/> Arruinado	
Monto estimado de daños causado al OTRO vehículo?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Arruinado	
Año, Marca y Modelo:	SU Vehículo: _____	OTRO Vehículo: _____

Historial del Paciente

Integrated Spinal Solutions
1000 Caughlin Crossing #55 Reno, NV 89519

Tratamiento Previo:	<input type="checkbox"/> Paramedicos / REMSA <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias <input type="checkbox"/> Medico Primario <input type="checkbox"/> Cirugias <input type="checkbox"/> Terapia Fisica				
	<input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Otro: _____				
	<input type="checkbox"/> Ubicacion de Instalaciones:	<input type="checkbox"/> Cuidado Urgente <input type="checkbox"/> Renown ER <input type="checkbox"/> Saint Mary's ER <input type="checkbox"/> Northern Nevada Hosp <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Imagenes relacionadas:	<input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Otro _____				
	<input type="checkbox"/> Cuidado Urgente <input type="checkbox"/> Renown ER <input type="checkbox"/> Saint Mary's ER <input type="checkbox"/> Northern Nevada Hosp <input type="checkbox"/> Otro: _____				

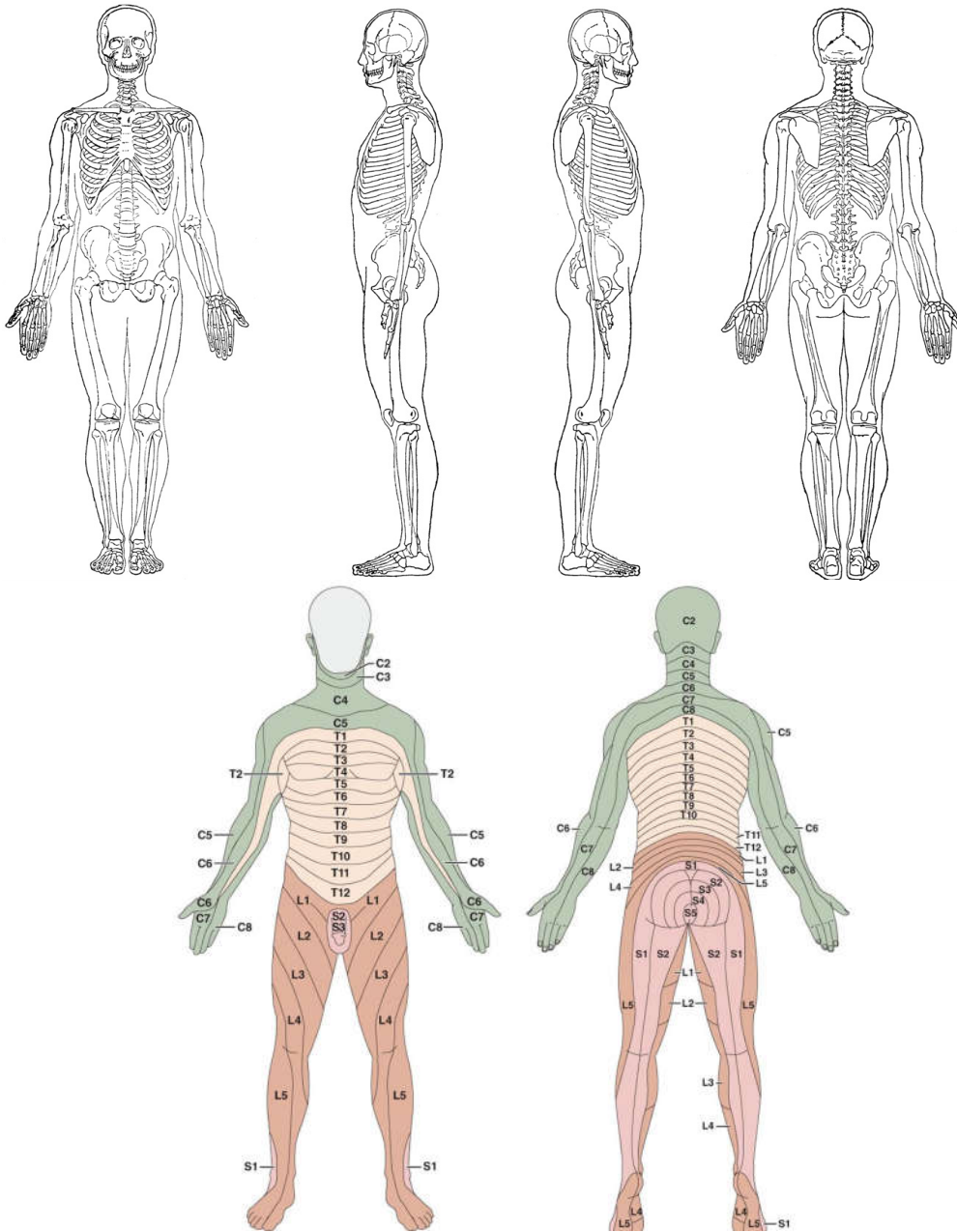
		Yo	Familia		Yo	Familia		Yo	Familia
		<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trastorno de Tiroides <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Paludismo	<input type="checkbox"/> Inf. Herpes en Ojos <input type="checkbox"/> Alta Presion <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Enfermedad en Nervios <input type="checkbox"/> Desórden Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Cataratas / Glaucoma		<input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Exposicion a Toxinas				
Anote <u>todo</u> lo Pasado	<input type="checkbox"/> Lesiones de trabajo: _____								
	<input type="checkbox"/> Accidentes de auto: _____								
	<input type="checkbox"/> Hospitalizacion previa: _____								
	<input type="checkbox"/> Enfermedades Severas: _____								
	<input type="checkbox"/> Cirugias: _____								

Medicamentos que esta tomando:	<input type="checkbox"/> NSAIDS <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Ibuprofen <input type="checkbox"/> Advil <input type="checkbox"/> Motrin <input type="checkbox"/> Midol <input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> Aleve <input type="checkbox"/> Naprosyn <input type="checkbox"/> Acetaminophen <input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Coedine <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Oxycodone <input type="checkbox"/> Hydrocodone	<input type="checkbox"/> Antidepressants <input type="checkbox"/> Celexa <input type="checkbox"/> Prozac <input type="checkbox"/> Paxil <input type="checkbox"/> Zoloft <input type="checkbox"/> Tricyclic Antidepressants <input type="checkbox"/> Norpramin <input type="checkbox"/> Silenor <input type="checkbox"/> Trofranill <input type="checkbox"/> Pamelor <input type="checkbox"/> Rifampin <input type="checkbox"/> Rifadin <input type="checkbox"/> Medicina para convulsiones <input type="checkbox"/> Dilantin <input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Luminal <input type="checkbox"/> Solfoton	<input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Diuretics <input type="checkbox"/> Warfarin <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Jantoven <input type="checkbox"/> Cyclosporine <input type="checkbox"/> Restasis <input type="checkbox"/> Gengraf <input type="checkbox"/> Neoral <input type="checkbox"/> Sandimmune <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Ketoconazole <input type="checkbox"/> Nizoral <input type="checkbox"/> Meloxicam <input type="checkbox"/> Naprosyn	<input type="checkbox"/> Muscle Relaxers <input type="checkbox"/> Baclofen <input type="checkbox"/> Chloroxazone <input type="checkbox"/> Lorzone <input type="checkbox"/> Parafone <input type="checkbox"/> Soma <input type="checkbox"/> Cyclobenzaprine <input type="checkbox"/> (Diazepam) Valium <input type="checkbox"/> Robaxin <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
	Sus iniciales			

Historial del Paciente
Integrated Spinal Solutions
 1000 Caughlin Crossing #55 Reno, NV 89519

Por favor complete el Diagrama de Síntomas a continuación

Marque todas las áreas en las que actualmente tiene dolor:	<u>Severidad</u>	<u>Frecuencia</u>
	0 = Ningun dolor 10 = Dolor mas intenso	0% = Absente 100% = Constante



¿Ha eperimentado episodios anteriormente de las quejas marcadas arriba? No: : Si

Si marco "Si", indique el nivel de dolor ANTES del choque 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Impacto en actividades cotidianas

Cuales actividades EMPEORAN su dolor?	<input type="checkbox"/> Pararse <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Subir cuesta <input type="checkbox"/> Bajar cuesta <input type="checkbox"/> Encorvarse <input type="checkbox"/> Subir escalones	<input type="checkbox"/> Agacharse <input type="checkbox"/> Acostarse <input type="checkbox"/> Cargar algo <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Estornudar <input type="checkbox"/> Toser <input type="checkbox"/> Ejercitarse	<input type="checkbox"/> Estirarse <input type="checkbox"/> Extender las manos <input type="checkbox"/> Torcer el cuerpo <input type="checkbox"/> Mirar arriba <input type="checkbox"/> Mirar abajo <input type="checkbox"/> Cambiar de posicion <input type="checkbox"/> Ajustarse	<input type="checkbox"/> Descansar <input type="checkbox"/> Acostarse boca arriba <input type="checkbox"/> Acostarse boca abajo <input type="checkbox"/> Conducir <input type="checkbox"/> Quehaceres del hogar _____ _____
Cuales actividades lo hacen sentir MEJOR?	<input type="checkbox"/> Pararse <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Subir cuesta <input type="checkbox"/> Bajar cuesta <input type="checkbox"/> Encorvarse <input type="checkbox"/> Subir escalones	<input type="checkbox"/> Agacharse <input type="checkbox"/> Acostarse <input type="checkbox"/> Cargar algo <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Estornudar <input type="checkbox"/> Toser <input type="checkbox"/> Ejercitarse	<input type="checkbox"/> Estirarse <input type="checkbox"/> Extender las manos <input type="checkbox"/> Torcer el cuerpo <input type="checkbox"/> Mirar arriba <input type="checkbox"/> Mirar abajo <input type="checkbox"/> Cambiar de posicion <input type="checkbox"/> Ajustarse	<input type="checkbox"/> Descansar <input type="checkbox"/> Acostarse boca arriba <input type="checkbox"/> Acostarse boca abajo <input type="checkbox"/> Conducir <input type="checkbox"/> Quehaceres del hogar _____ _____
Marque todas las palabras que describan su dolor:	<input type="checkbox"/> Permanece en un lugar <input type="checkbox"/> Se extiende <input type="checkbox"/> Se lanza a las piernas <input type="checkbox"/> Se lanza a los brazos	<input type="checkbox"/> Es en toques <input type="checkbox"/> Es agudo <input type="checkbox"/> Minimo <input type="checkbox"/> Arde	<input type="checkbox"/> Duele <input type="checkbox"/> Hormigeo <input type="checkbox"/> Calambre <input type="checkbox"/> Pica o Punzante	<input type="checkbox"/> Puñalada <input type="checkbox"/> Palpitante

Marque las casillas que aplican

<input type="checkbox"/> Prefiero estar solo ahora (no socializar) <input type="checkbox"/> Tengo sueño, estoy cansado durante el día o me duermo fácilmente <input type="checkbox"/> Malestar estomacal, náuseas, acidez estomacal o vómitos. <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse, la mente divaga fácilmente. <input type="checkbox"/> Me abrumo fácilmente <input type="checkbox"/> Cambios de humor, feliz un momento y luego triste. <input type="checkbox"/> Agitación (no puede quedarse quieto, necesita moverse) <input type="checkbox"/> Tristeza, episodios llorosos, llorando con facilidad. <input type="checkbox"/> Visión borrosa, comenzo a usar lentes o tuvo que cambiarlos. <input type="checkbox"/> Pide a personas que repitan las cosas o problemas de audición <input type="checkbox"/> Hago giros equivocados al conducir o no recuerdo la hora <input type="checkbox"/> Me confundo fácilmente y ya no puedo realizar múltiples tareas a la vez <input type="checkbox"/> Me cuesta encontrar algunas palabras al hablar <input type="checkbox"/> Las luces brillantes me molestan <input type="checkbox"/> No puedo prestar atención por tanto tiempo como antes <input type="checkbox"/> Estoy comiendo más, o menos, de lo normal <input type="checkbox"/> Siento que la habitacion gira, siento mareos, o sensacion de mareos <input type="checkbox"/> Problemas para mantener el balance <input type="checkbox"/> Siento que mi cabeza está "nublada". <input type="checkbox"/> He olvidado mis contraseñas o mi ATM / PIN <input type="checkbox"/> Tengo que volver a leer las cosas para comprender lo que leo. <input type="checkbox"/> Mi pensamiento se ha hecho mas lento <input type="checkbox"/> Dificultad para sumar/restar numeros	<input type="checkbox"/> Dificultad para aprender cosas nuevas <input type="checkbox"/> Dificultad para entender lo que la gente me dice. <input type="checkbox"/> Dificultad para recordar o problemas de memoria. <input type="checkbox"/> No puedo asumir más responsabilidades. <input type="checkbox"/> No puedo tomar decisiones tan rápido como antes <input type="checkbox"/> Pérdida de la libido o falta de deseo sexual. <input type="checkbox"/> No me siento tan confiado en mis habilidades <input type="checkbox"/> Me dan ataques de pánico, latidos rápidos del corazón, nerviosismo. <input type="checkbox"/> Soy mas irritable de lo usual <input type="checkbox"/> Algunas comidas y bebidas me saben "raras" ahora <input type="checkbox"/> Me frustro facilmente <input type="checkbox"/> Dificultad para planificar mi vida u organizar mi trabajo. <input type="checkbox"/> Recuerdos o pensamientos aterradores sobre el accidente. <input type="checkbox"/> He tenido malos sueños sobre el accidente. <input type="checkbox"/> Evito los lugares y objetos que me recuerdan el accidente. <input type="checkbox"/> Me siento emocionalmente indiferente, sin interés en mis aficiones <input type="checkbox"/> Siento gran culpa, preocupación o depresión <input type="checkbox"/> Estoy teniendo problemas para recordar el accidente <input type="checkbox"/> Me sobresalto fácilmente desde el accidente. <input type="checkbox"/> Me siento tenso o "al borde" la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Estoy teniendo dificultades para dormir <input type="checkbox"/> Me enojo fácilmente o incluso grito a la gente ahora <input type="checkbox"/> Temor de que nunca volveré a ser el mismo.
--	---

Nombre de Paciente (letra de molde por favor): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

TÉRMINOS DE ACEPTACIÓN

Acuerdo a la política financiera

Estoy de acuerdo en que me cobren una **tarifa por cita perdida de \$30.00** si pierdo una cita sin avisar con al menos **24 horas** de anticipación. Entiendo que como padre o tutor, soy responsable del pago completo de la atención de mi hijo. Además, entiendo que para los menores no acompañados, el pago completo aún se requiere al momento del servicio. Si tengo cobertura de seguro, asigno directamente a Integrated Spinal Solutions, PC todos los beneficios médicos, si los hay, que me sean pagados por los servicios prestados. También entiendo que hay un cargo de interés mensual del 1.5% sobre cualquier saldo impago que tenga más de un (1) mes de antigüedad. Es a discreción del médico cobrar o anular dicha tarifa y dependerá del historial de pagos de la cuenta. Al firmar a continuación, acepto que si mi cuenta se remite a una agencia de cobranza o a un abogado para cobros, seré directamente responsable de pagar todos los honorarios razonables de abogados, otros honorarios legales y / o cualquier y todos los gastos de cobro.

El paciente acepta la responsabilidad de los reembolsos y aprobaciones de seguros

Acepto la responsabilidad de conocer los límites y requisitos de mi póliza. Además, acepto la responsabilidad de solicitar autorización previa, facturar y cobrar el reembolso de mi compañía de seguros, si corresponde. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre las compañías de seguros y yo. Además, entiendo que Integrated Spinal Solutions, PC no es de ninguna manera una garantía de cobertura o reembolso de parte de mi compañía de seguros. Además, entiendo que mi seguro de salud será facturado como una cortesía pero que soy el responsable final del pago. Entiendo que algunos o quizás todos los servicios que recibo pueden no ser considerados razonables y necesarios bajo el programa de Medicare y / u otros planes de seguro. Entiendo que las reclamaciones de seguros que tengan más de 90 días de antigüedad y que no se hayan pagado se convertirán en mi responsabilidad. Con mi presencia y la continuación de las citas, doy mi consentimiento y elijo la atención brindada por Integrated Spinal Solutions..

El paciente revelará de manera veraz y completa el estado de salud e historial

Por la presente declaro que toda la información que brindo a través de este documento incluye Integrated Spinal Solutions / DiMuro Pain Management, y / o su personal serán completos y veraces. No tergiversaré mi presencia, naturaleza, gravedad o causa de mis lesiones. Además, declaro que divulgaré completamente mi historial de salud y autorizaré la divulgación de todos los registros médicos pasados a Integrated Spinal Solutions / DiMuro Pain Management . Me presento solo por razones de salud y no es mi intención engañar, defraudar o coaccionar a esta oficina ni a ningún tercero, ni a tergiversarme de ninguna manera. Estoy de acuerdo y, por la presente, doy mi consentimiento a Integrated Spinal Solutions / DiMuro Pain Management, para divulgar y compartir cualquier información relacionada con la resolución de mi caso o el pago de una reclamación.

El paciente consiente en cuidar y acepta la responsabilidad

Consiento las recomendaciones y el cuidado del médico y otros proveedores de soluciones integrales para la columna vertebral / DiMuro Pain Management, para mí (o para mis hijos si son menores de edad), incluidos, entre otros, exámenes, radiografías, ajustes quiroprácticos, rehabilitación y Terapia física para el manejo del dolor y / o salud del comportamiento. Entiendo que mi atención será individualizada para mí y, por lo tanto, puede que no sea comparable a las normas o pautas utilizadas o exigidas por las compañías de seguros, asociados profesionales y / o grupos de consenso. Entiendo que mi tratamiento cumplirá con los riesgos inherentes. Estos riesgos, aunque raros, podrían ocurrir desde una agravación menor de la condición actual hasta condiciones graves como un accidente vascular cerebral o la muerte. Estoy firmando este consentimiento después de haber sido informado a mi entera satisfacción por los médicos y proveedores de Integrated Spinal Solutions / DiMuro Pain Management, y / o su personal de los riesgos y beneficios de la atención y los riesgos y beneficios de no teniendo el tratamiento recomendado. He sido informado y entiendo completamente que no hay garantías de éxito en el tratamiento. Con mi presencia y la continuación de las citas, doy mi consentimiento y elijo la atención brindada por los médicos y proveedores de Integrated Spinal Solutions / DiMuro Pain Management, y / o su personal.

Límites y responsabilidades de Medicare Aviso anticipado

El único cargo por quiropráctica que cubre Medicare es la manipulación manual de la columna vertebral. También entiendo que Medicare requiere que se realice un examen inicial, pero no ofrece ningún pago por ello. Acepto la responsabilidad de pagar por todos los servicios cubiertos, no cubiertos o denegados. Acepto la responsabilidad de conocer las pautas y límites actuales de Medicare para los servicios cubiertos. Mi médico me ha notificado que él cree que, en mi caso, es probable que Medicare rechace el pago de algunos servicios. Si Medicare niega el pago, acepto ser personalmente y totalmente responsable del pago. Entiendo que debo pagar los servicios al momento del tratamiento. También entiendo que Integrated Spinal Solutions / DiMuro Pain Management, facturará todos los cargos directamente a Medicare según lo exige la ley. Autorizo la divulgación de mis registros según sea necesario para la facturación de Medicare. He leído, entiendo y acepto las disposiciones y términos de aceptación. Este acuerdo entrará en vigencia al momento de la firma y será irrevocable por la totalidad del tratamiento realizado por el médico.

Nombre de Paciente (letra de molde por favor): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO DE DOLOR DE ESPALDA BAJA (OSWESTRY)

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

Lea: Este cuestionario está diseñado para permitirnos comprender cuánto ha afectado su **DOLOR DE ESPALDA BAJA** a su capacidad para administrar sus actividades diarias. Responda a cada sección marcando con un círculo solamente **UNA OPCIÓN** que más se aplica a usted. Nos damos cuenta de que puede sentir que más de una declaración puede relacionarse con usted, pero **POR FAVOR, SÓLO MARQUE LA ELECCIÓN QUE MÁS CERCAMENTE DESCRIBA SU PROBLEMA AHORA.**

<p>SECCION 1 - Intensidad del dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 0 El dolor va y viene y es muy leve.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 El dolor es leve y no varía mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor va y viene y es moderado.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor es moderado y no varía mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor va y viene y es severo.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 El dolor es severo y no varía mucho.</p> <hr/> <p>SECCION 2 – Cuidado Personal</p> <p><input type="checkbox"/> 0 No tengo que cambiar mi forma de lavarme o vestirme para evitar el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Normalmente no cambio mi forma de lavarme o vestirme aunque me cause dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Lavar y vestirme aumenta el dolor pero logro no cambiar mi forma de hacerlo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Lavarme y vestirme aumenta el dolor y creo que es necesario cambiar mi forma de hacerlo.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Debido al dolor no puedo lavar y vestirme sin algo de ayuda.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Debido al dolor no puedo lavarme ni vestirme sin ayuda.</p> <hr/> <p>SECCION 3 – Levantar/Cargar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo levantar pesas pesadas sin dolor extra.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo levantar pesas pesadas pero me causa dolor extra</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor me impide levantar pesas pesadas del suelo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor me impide levantar pesas pesadas del piso, pero logro hacerlo si están colocadas al alcance, por ejemplo, sobre una mesa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor me impide levantar pesas pesadas, pero puedo levantar pesas livianas y medianas si están colocadas al alcance.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Solo puedo levantar pesas muy ligeras a lo mucho.</p> <hr/> <p>SECCION 4 - Caminar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 No tengo dolor al caminar</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Tengo algo de dolor al caminar pero no aumenta con la distancia.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 No puedo caminar más de una milla sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 No puedo caminar más de 1/2 milla sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 No puedo caminar más de 1/4 milla sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No puedo caminar en absoluto sin que aumente el dolor.</p> <hr/> <p>SECCION 5 - Sentarse</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo permanecer sentado cuanto tiempo quiera.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo permanecer sentado solo en mi silla preferido por cuanto tiempo quiera.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor me impide sentarme por más de una hora.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor me impide sentarme por más de media hora.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor me impide sentarme por más de 10 minutos.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Evito sentarme porque aumenta el dolor de inmediato.</p>	<p>SECCION 6 – Al estar de pie</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo estar de pie cuanto tiempo guste sin dolor alguno.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Tengo algo de dolor al estar de pie, pero no aumenta con el tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 No puedo estar de pie mas de una hora sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 No puedo estar de pie mas de media hora sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 No puedo estar de pie mas de 10 minutos sin que aumente el dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Evito estar de pie por que aumenta el dolor de inmediato.</p> <hr/> <p>SECCION 7 – Al dormir</p> <p><input type="checkbox"/> 0 No siento dolor al estar acostado en cama.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Siento dolor al estar en cama pero eso no me impide dormir bien.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Debido al dolor, mi sueño normal de noche se reduce por 1/4 menos.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Debido al dolor, mi sueño normal de noche se reduce por 1/2 menos.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Debido al dolor, mi sueño normal de noche se reduce por 3/4 menos..</p> <p><input type="checkbox"/> 5 El dolor me impide dormir en la noche.</p> <hr/> <p>SECCION 8 – Vida Social</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mi vida social es normal y no me causa ningun dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Mi vida social es normal pero aumenta el grado de mi dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor no tiene un efecto significativo en mi vida social, aparte de limitar mis intereses más enérgicos, como por ejemplo, bailar, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor ha restringido mi vida social, y no salgo muy a menudo.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor ha restringido mi vida social a mi hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Casi no tengo vida social por el dolor.</p> <hr/> <p>SECCION 9 - Viajes</p> <p><input type="checkbox"/> 0 No tengo dolor al viajar.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Me da algo de dolor mientras viajo, pero ninguna de mis formas habituales de viaje lo empeora..</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Me da más dolor al viajar, pero no me obliga a buscar formas alternativas de viaje.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Me da aun más dolor mientras viajo, lo que me obliga a buscar formas alternativas de viaje.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor restringe todas las formas de viaje..</p> <p><input type="checkbox"/> 5 El dolor previene todas las formas de viaje, a excepcion de viajar acostado.</p> <hr/> <p>SECCION 10 - Cambio en grado de dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mi dolor está mejorando rápidamente.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Mi dolor fluctúa pero en general definitivamente está mejorando.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Mi dolor parece estar mejorando pero la mejoría es lenta</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Mi dolor no mejora ni empeora.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Mi dolor está empeorando gradualmente.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Mi dolor está empeorando rapidamente.</p>
--	---

Firma de Paciente: _____

DOLOR DE ESPALDA BAJA

CUESTIONARIO ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DEL DOLOR DE CUELLO

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

Lea: Este cuestionario está diseñado para permitirnos comprender cuánto ha afectado su **DOLOR DE CUELLO** a su capacidad para llevar a cabo sus actividades diarias. Responda a cada sección marcando con un círculo solamente UNA OPCIÓN que más se aplica a usted. Nos damos cuenta de que puede sentir que más de una declaración puede relacionarse con usted, pero **POR FAVOR, SÓLO MARQUE LA ELECCIÓN QUE MÁS CERCAMENTE DESCRIBA SU PROBLEMA AHORA MISMO.**

<p>SECCION 1 – Intensidad del Dolor</p> <p><input type="checkbox"/> 0 No tengo dolor por el momento.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 El dolor es muy leve en este momento.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor es moderado en este momento.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor es bastante severo en este momento.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 El dolor es muy severo en este momento.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 El dolor es lo peor que se pueda imaginar en este momento.</p> <hr/> <p>SECCION 2 – Cuidado Personal (lavado, vestirse, etc)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo cuidarme normalmente sin causar dolor extra.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo cuidarme normalmente, pero causa mas dolor.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Es doloroso cuidar de mi mismo; soy lento y cuidadoso.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Necesito algo de ayuda, pero logro realizar la mayor parte de mi cuidado personal.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No me visto; Me lavo con dificultad y me quedo en cama.</p> <hr/> <p>SECCION 3 - Levantar/Cargar</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo levantar pesas pesadas sin dolor extra.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo levantar pesas pesadas pero me causa dolor extra.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 El dolor me impide levantar pesas pesadas del piso, pero logro hacerlo si están colocadas al alcance, por ejemplo, sobre una mesa</p> <p><input type="checkbox"/> 3 El dolor me impide levantar pesas pesadas, pero puedo levantar pesas livianas y medianas si están colocadas al alcance.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Solo puedo levantar pesas muy ligeras a lo mucho.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No puedo levantar ni cargar nada.</p> <hr/> <p>SECCION 4 - Leer</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo leer cuanto tiempo guste sin dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo leer cuanto tiempo guste con dolor ligero en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Puedo leer cuanto tiempo guste con dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 No puedo leer todo el tiempo que quisiera debido al dolor moderado de cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Casi no puedo leer debido al dolor severo en mi cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No puedo leer en absoluto.</p> <hr/> <p>SECCION 5 -Dolores de Cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> 0 No tengo dolores de cabeza en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Tengo dolores de cabeza leves que vienen de vez en cuando.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Tengo dolores de cabeza leves frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Tengo dolores de cabeza moderados que vienen de vez en cuando.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Tengo dolores de cabeza moderados frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.</p>	<p>SECCION 6 -Concentracion</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo concentrarme completamente cuando quiero sin dificultad.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo concentrarme completamente cuando quiero pero con un poco de dificultad.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Tengo muchisimas dificultades para concentrarme cuando quiero.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No me puedo concentrar en absoluto.</p> <hr/> <p>SECCION 7 – El Trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo hacer todo el trabajo que quiera.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Solo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 No puedo hacer mi trabajo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Casi no puedo hacer ningun trabajo.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No puedo hacer ningun trabajo en absoluto.</p> <hr/> <p>SECCION 8 – Al conducir</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo conducir mi auto sin ningún dolor de cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Puedo conducir mi auto todo el tiempo que quiera con un ligero dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Puedo conducir mi auto todo el tiempo que quiera con dolor moderado en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 No puedo conducir mi auto todo el tiempo que quiera debido al dolor moderado en mi cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Apenas puedo conducir debido al dolor severo en mi cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No puedo conducir mi auto en absoluto.</p> <hr/> <p>SECCION 9 – Al dormir</p> <p><input type="checkbox"/> 0 No tengo problemas para dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Mi sueño se altera ligeramente (menos de una hora de insomnio).</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Mi sueño se altera ligeramente (1-2 horas de insomnio).</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Mi sueño se altera moderadamente (2-3 horas de insomnio).</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Mi sueño se altera en gran manera (3-5 horas de insomnio).</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Mi sueño se altera por completo (5-7 horas de insomnio).</p> <hr/> <p>SECCION 10 -Recreacion</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Puedo participar en todas mis actividades recreativas sin ningún dolor de cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Soy capaz de participar en todas mis actividades recreativas, con algo de dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Soy capaz de participar en la mayoría, pero no en todas mis actividades recreativas habituales debido al dolor en el cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Soy capaz de participar en solamente algunas de mis actividades recreativas debido al dolor en mi cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Casi no puedo hacer ninguna actividad recreativa debido al dolor en mi cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No puedo hacer ninguna actividad recreativa en absoluto.</p>
--	---

Firma de Paciente: _____

DOLOR DE CUELLO

Opciones de Financiación por Lesiones Personales

Los accidentes ocurren y lidiar con el dolor de una lesión puede ser lo suficientemente estresante sin el dolor de cabeza que causa averiguar cómo pagar por su atención. Haremos todos los esfuerzos razonables para facilitarle el proceso y tratar con el seguro en la medida de lo posible. Seleccione la opción de pago que mejor se adapte a usted. Nuestro personal le proporcionará el papeleo adecuado una vez que esté claro cómo desea proceder.

Culpable

Efectivo

Deseo hacer mi pago cada vez que venga.

Med Pay

Mi seguro de automóvil tiene cobertura que deseo utilizar.

Med Pay puede ser utilizado independientemente de la culpa.

Cubre el 100% de su atención hasta lo máximo de la póliza.

Usarlo no afectará su tasa de seguro.

Group Health

No quiero presentar un reclamo de accidente.

Elijo que se cobre a mi aseguranza

Entiendo que debo pagar mi deducible y copago al momento del servicio.

Entiendo que puedo estar renunciando a mi derecho para presentar un reclamo mas adelante.

No Culpable

Efectivo

Deseo hacer mi pago cada vez que venga.

Med Pay y Derecho de Retencion

Mi seguro de automóvil tiene cobertura que deseo utilizar.

Med Pay puede ser utilizado

independientemente de la culpa.

Cubre el 100% de su atención hasta lo máximo de la póliza.

Usarlo no afectará su tasa de seguro.

Estoy dispuesto a firmar un embargo preventivo contra mi acuerdo para recibir la atención que necesito.

Derecho de Retencion con representante

Tengo, o pronto sere, representado por un abogado.

Estoy dispuesto a firmar un embargo

preventivo contra mi acuerdo para recibir la atención que necesito.

Mi abogado pagara mis cuentas medicas conforme a mi arreglo.

Derecho de Retencion sin representante

No deseo ser representado por un abogado.

Estoy dispuesto a proporcionar una tarjeta de crédito como garantía para mi pago.

Pagaré por mi cuidado una vez que mi caso esté resuelto.

Entiendo que mi tarjeta de crédito se facturará en caso de que no mantenga actualizada mi cuenta.

Group Health

No quiero presentar un reclamo de accidente.

Elijo que me facture a mi Seguro de salud.

Entiendo que debo pagar mi deducible y copago al momento del servicio.

Entiendo que puedo estar renunciando a los derechos para presentar una reclamación más adelante.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

PUNTOS QUE DEBE TENER EN CUENTA AL TRATAR CON EL SEGURO

1. El lenguaje toma un contexto diferente al tratar con compañías de seguros.
2. Es mejor NO hablar acerca del estado de su salud con ningún representante de seguros.
3. Dirija respetuosamente al representante de seguros que se ponga en contacto con el consultorio médico para recibir actualizaciones.