

Cuestionario de lesiones

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nº de Casa: _____ Nº de celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

SS#: _____ - _____ - _____ Edad: _____ Fech. de Nac.: ____/____/____ Etnicidad: _____ Masculino / Femenino

Nombre del doctor primario: _____ Número del doctor primario: _____

INFORMACION DEL ACCIDENTE: Fecha del accidente: _____ Dónde ocurrió (calle / intersección): _____

¿Se emitieron papeletas de infracción? _____

Eras: conductor el pasajero copiloto el pasajero de atrás del lado izquierda el pasajero de atrás del lado derecho

¿Qué otras personas estaban contigo en el carro? Nadie

¿El choque a tu vehículo vino del?: Frontis Atrás Del lado del conductor Del lado del pasajero

Desde el accidente a experimentado: Confusión Perdida de memoria Nauseas Vómitos Sonidos en el oído

Ligera sensibilidad Fatiga excesiva Pérdida de conocimiento

¿La ambulancia o paramédicos llegaron a la escena? Si No

¿Fuiste al hospital? No Si En caso afirmativo, lo llevaron al hospital a través de: Ambulancia manejo usted mismo

¿Qué hospital? _____

¿Se les sacaron radiografías? No Si Resonancia magnética? No Si (partes del cuerpo) _____ Tomografía? No Si parte(s) _____

¿Se le ha administrado medicamento? Si No ¿En caso que sí, qué medicamentos?. Por favor escríbalos: _____

Has visitado a alguien más por este accidente? Si No ¿En caso que sí, qué procedimientos hicieron? _____

HISTORIAL DE UN ACCIDENTE PREVIO: ¿Has estado en otro accidente vehicular? Si No

En caso que sí, ¿cómo fue y qué fecha?: _____

SOLICITUD DE ATENCION AL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ Fecha: _____

Ocupación: _____ Empleado: _____

Promedio de número horas por semana actualmente trabajadas: _____

En tu trabajo cuantas horas al día estas: sentado _____ de pie _____

Que actividades incluyen mayormente tu trabajo: estar sentado estar de pie trabajo ligero trabajo pesado

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Menor de edad

Nombre de la esposa(o): _____ Número de hijos? _____ edad de hijos: _____

Nombre de un contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

ACCIDENTES

¿Has tenido un accidente automovilístico? (x si aplica): 0-6m 6 m -1año 1-3 años 3+ mas nunca

¿Has tenido una caída hace poco/otro accidente? (X si aplica): 0-6m 6 m-1 año 1-3años 3+años Nunca

¿Has recibido atención quiropráctica? Si No ¿Ultima visita? _____

¿Has recibido terapia física? Si No ¿Ultima visita? _____

¿Has recibido inyecciones? Si No ¿Ultima visita? _____

Has recibido lo siguiente: Tomografía Resonancia magnética En caso que si por favor explica la región y aproximadamente fechas (ejemplo: cuello 2005) _____

SEGURO

¿Tienes seguro? Si No Nombre del seguro: _____

¿Tienes un Segundo seguro? Si No Nombre del seguro: _____

PROPORCIONA A LA OFICINA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO

Cesión y alta (pacientes asegurados)

Certifico que yo (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro con _____ y AUTORIZO, SOLICITO Y ASIGNO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR DIRECTAMENTE AL MÉDICO PRÁCTICO, RejuvenX _____, BENEFICIOS DE SEGURO QUE DE OTRO MODO ME PAGARÁN. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier examen o tratamiento que se me haya prestado, a fin de garantizar el pago de los beneficios. Autorizo a RejuvenX _____ a firmar y enviar formularios de reclamo de salud a la compañía de seguros sin responsabilidad, a la compañía de seguros de salud, a la compañía de seguros complementaria, Medicare o a cualquier forma complementaria de seguro médico que tenga. Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros, incluidas las presentaciones electrónicas. Autorizo a RejuvenX _____ obtener toda la información del seguro necesario para fines de verificación. Esto incluye montos deducibles, límites de pago médico y cualquier otra información que RejuvenX _____ considere necesaria para fines de facturación médica.

FIRMA _____ FECHA _____

Índice de discapacidad por dolor

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Índice de discapacidad por dolor: las siguientes escalas de calificación están diseñadas para medir el grado en que el dolor interrumpe aspectos de su vida. En otras palabras, nos gustaría saber en qué medida su dolor le impide hacer lo que haría normalmente o que lo haga tan bien como lo haría normalmente.

Encierre en un círculo el número de la escala que describe el nivel de discapacidad que está experimentando. Una puntuación de 0 significa que no hay discapacidad en absoluto, y una puntuación de 10 significa que el dolor está interrumpiendo de manera significativa o total esa actividad.

Responsabilidades de la familia / el hogar: esta categoría se refiere a las actividades del hogar o la familia. Incluye los quehaceres / deberes realizados en la casa (por ejemplo, trabajo en el jardín) y diligencias o favores para otro miembro de la familia (por ejemplo, llevar a los niños a la escuela).

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Recreación: esta categoría incluye pasatiempos, deportes y otras actividades de tiempo libre similares.

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Actividad social: esta categoría se refiere a actividades que involucran la participación con amigos y conocidos que no sean miembros de la familia. Incluye fiestas, teatro, conciertos, cenas y otras funciones sociales.

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Ocupación: esta categoría se refiere a actividades que son parte o están directamente relacionadas con el trabajo de uno. Esto también incluye trabajos no remunerados, como el de ama de casa o trabajadora voluntaria.

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Comportamiento sexual: esta categoría se refiere a la frecuencia y calidad de la vida sexual de una persona.

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Autocuidado: esta categoría incluye actividades que implican el mantenimiento personal y la vida diaria independiente (p. Ej., Ducharse, conducir, vestirse, etc.)

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

Actividad de soporte vital: esta categoría se refiere a comportamientos básicos de soporte vital, como comer, dormir y respirar.

Sin discapacidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Con discapacidad

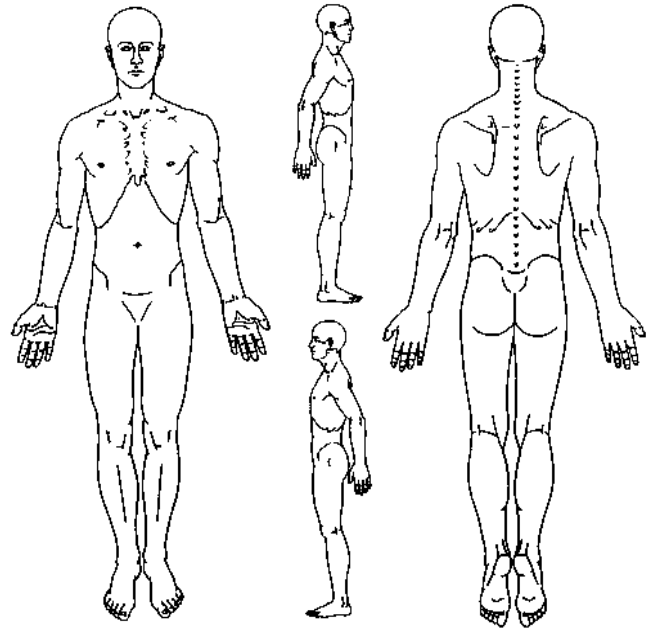
Nombre: _____

Fecha: _____

SINTOMAS ACTUALES

Marque para indicar si actualmente está experimentando alguna de las siguientes condiciones y luego marque las áreas problemáticas del cuerpo a la derecha:

- Dolor/ rigidez de cuello
- Dolor de espalda/rigidez
- Dolor de brazo/mano
- Dolores de cabeza
- Fatiga
- Dificultades para dormir
- Visión borrosa/doble
- Problemas de concentración
- Punzón en brazos
- Punzón en las piernas
- Dolor de pierna/ rodilla
- Pérdida de memoria
- Dolor de pecho
- Mareo
- Articulaciones inflamadas
- Perdida equilibrio



HISTORIA DE SALUD

Compruebe si alguna vez ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Nervio pinzado | <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Reumatoide | |
| <input type="checkbox"/> Asma / Sibilancias | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Artritis | |
| <input type="checkbox"/> Transtornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Dificultad Sexual | |
| <input type="checkbox"/> Contactos/Gafas | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales | <input type="checkbox"/> Embolia cerebral | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alto colesterol | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil | | <input type="checkbox"/> Marcapasos | | |

Enumere todos y cada uno de los medicamentos que está tomando actualmente: Lista proporcionada _____

Enumere los suplementos que está tomando actualmente (vitaminas/hierbas/minerales): _____

ALERGIAS: (Coloque una marca de verificación junto a cualquier alergia conocida que tenga)

___ Leche ___ Huevos ___ Cacahuates ___ Mariscos ___ Soya ___ Trigo ___ Gluten ___ Penicilina ___ Medicamentos con Sulfonamida ___ Tetraciclina ___ Codina ___ Antiinflamatorios ___ Fenitoína ___ Carbamazepina ___ Lidocaina ___ Látex ___ Marcaína ___ OTRO: _____ (por favor llénalo)

Historial clínico: enumere todas las cirugías y /u hospitalizaciones que haya tenido (tipo y fecha): _____

HISTORIA FAMILIAR: ¿Hay antecedentes familiares de alguna de las siguientes condiciones? (indicar miembro de la familia, incluidos padres, abuelos y hermanos)

- Cardiopatía _____
- Cáncer _____
- Diabetes _____
- Artritis _____
- Otro _____

Historia Social: Cafeína ____ vasos al día Alcohol ____ bebidas a la semana Cigarros ____ paquetes al día

Hacer ejercicio: Frecuentemente Moderadamente Ocasionalmente Ninguno

Certifico que las preguntas anteriores fueron respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Daré información completa y precisa durante mi examen.

FIRMA (X) _____ **FECHA** _____

Cuestionario de rayos X: SOLO PARA MUJERES

Nuestra consulta y examen pueden indicar que las radiografías son necesarias para diagnosticar y analizar con precisión su condición. En caso de que sean necesarias radiografías, nos gustaría confirmar que no está embarazada en este momento.

Nombre: _____

Existe la posibilidad de que esté embarazada en este momento.

Si, definitivamente estoy embarazada.

No, definitivamente no estoy embarazada en este momento.

Solicito que no se tomen radiografías porque:

Fecha de la última menstruación: _____

Firma del paciente

Fecha

**RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD
ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y LIBERACIÓN DE REGISTROS**

El paciente abajo firmante y / o la parte responsable, por la presente, reconoce la responsabilidad personal y la responsabilidad por todos los servicios médicos que brindan las clínicas de RejuvenX, LLC. Esta obligación personal no se ve afectada por ninguna obligación de las compañías de seguros de pagar los costos de atención médica. Si una compañía de seguros paga, los pagos se acreditarán en su cuenta. Si no se recibe ningún pago del seguro, usted es completamente responsable de pagar todos los tratamientos médicos. Además de la responsabilidad personal continua, y en consideración del tratamiento brindado o por brindar, el abajo firmante asigna al médico o centro mencionado anteriormente los siguientes derechos, poder y autoridad.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: El abajo firmante consiente en la provisión de exámenes, evaluaciones de aptitud, tratamiento, terapias, procedimientos médicos y de laboratorio, y medicamentos y suministros para el paciente según lo ordenado por el proveedor de atención médica del paciente, las clínicas de RejuvenX, LLC, sus médicos, enfermeras practicantes, fisioterapeuta, quiroprácticos o personal reconoce que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad sobre los resultados de dichos tratamientos, procedimientos o exámenes.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a las clínicas de RejuvenX, LLC a divulgar y permitir el examen o la copia de cualquiera de mis registros médicos, radiografías, informes de laboratorio y los resultados de todas las pruebas de cualquier tipo o carácter a dicha persona (s) según lo considere apropiado el Médico o el Centro. Por la presente autorizo y solicito que entregue mis registros médicos de accidentes pertinentes completos a las clínicas de RejuvenX, LLC.

CESIÓN DE DERECHOS: Se le asignan derechos exclusivos e irrevocables. Cualquier causa de acción que exista a mi favor contra cualquier compañía de seguros u otra persona o entidad en la medida de su factura por los servicios totales, incluido el derecho exclusivo e irrevocable de recibir el pago por dichos servicios, hacer una demanda en mi nombre por los pagos y enjuiciar y recibir multas, intereses, costos judiciales u otros montos legalmente compensables que sean propiedad de una compañía de seguros u otra persona o entidad. Yo, como paciente o parte responsable, además acepto cooperar, proporcionar información según sea necesario y comparecer según sea necesario, en cualquier lugar para ayudar en el procesamiento de dichos reclamos de beneficios a pedido. Al médico o centro también se le asigna el derecho exclusivo e irrevocable de solicitar y recibir de cualquier compañía de seguros o plan de atención médica cualquier y toda la información y documentos relacionados con mis pólizas, incluida una copia de dicha póliza y mi información o documentación de respaldo relacionada o tocar sobre la tramitación, cálculo, tramitación o pago de cualquier reclamación.

DEMANDA DE PAGO: En cuanto a cualquier compañía de seguros que nos brinde beneficios de cualquier tipo a mí / a nosotros por el tratamiento prestado por el médico / centro mencionado anteriormente, por la presente se le ofrece el derecho a exigir el pago total de la factura por los servicios prestados por el médico / centro mencionado anteriormente después de recibir dicha factura por servicios en la medida en que dichas facturas sean pagadas según los términos de mi / nuestra póliza de beneficios, menos cualquier monto que yo / nosotros debamos personalmente y que no sea pagado según los términos de su póliza.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS: Si los tratamientos de los pacientes por lesiones son el resultado de la negligencia de un tercero, entonces los pacientes otorgan un interés garantizado (gravamen) contra cualquier recuperación de dichos terceros en la medida de lo posible. Facturas por tratamiento a favor del médico / centro mencionado anteriormente.

En el caso de que se determine que alguna disposición de este acuerdo es inválida o inaplicable, todas las demás disposiciones de este acuerdo seguirán siendo aplicables.

UNA FOTOCOPIA DE ESTE INSTRUMENTO DEBERÁ SER ORIGINAL

Firma del paciente y / o responsable.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Fecha de accidente: _____

Relación con el paciente: _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Reconozco que he revisado el aviso de prácticas de privacidad de las clínicas RejuvenX LLC.

(Escriba sus iniciales en una de las siguientes opciones y firme a continuación).

_____ No solicito una copia del aviso de privacidad en este momento. Reconozco que puedo solicitar una copia en cualquier momento y el aviso de privacidad está publicado en la oficina.

_____ Deseo recibir una copia impresa del Aviso de privacidad

_____ Deseo recibir una copia electrónica del Aviso de Privacidad

Mi correo electrónico es: _____@_____

Escriba sus iniciales a continuación:

_____ Reconozco que es política de las clínicas de RejuvenX LLC dejar mensajes recordatorios en mi contestador automático o con otra persona en mi hogar. Puedo solicitar un medio de comunicación alternativo (dentro de lo razonable) por escrito.

_____ Reconozco que, si tengo un problema o una pregunta con respecto a mis derechos, puedo hablar con la persona de oficina de privacidad, Kristen Nelson, sobre mis inquietudes.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Testigo (Personal de oficina)

Fecha