



# CENTER FOR BRAIN & SPINE

**Fecha (date):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del Paciente (Patient Name):**

**APELLIDO (last)** \_\_\_\_\_ **NOMBRE (first)** \_\_\_\_\_ **M** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento (dob)** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Barón (male)** ☐ **Hembra (female)** ☐

**Número de Social (SSN)** \_\_\_\_\_

**Estatus Matrimonial:** Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Ajuntado/a ☐

**Dirección(address):** \_\_\_\_\_

**Ciudad (city):** \_\_\_\_\_ **Estado(State)** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal (zipcode)** \_\_\_\_\_

**Telefono (phone): Casa (home) #** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Movil (cell) #** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Trabajo #** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Preferencia a contactarte** ☐ Casa (H) ☐ Móvil (C) ☐ Trabajo (W)

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

## **Seguro Medico Primario (primary insurance)**

**Nombre de Seguro (Ins Company):** \_\_\_\_\_

**ID #:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_

**Titular de la Póliza (policy holder):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento (DOB):** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente (relationship to patient):** \_\_\_\_\_

## **Seguro Medico Secundario (secondary insurance)**

**Nombre de Seguro (Ins Company):** \_\_\_\_\_

**ID #:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_

**Titular de la Póliza (policy holder):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento (DOB):** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente (relationship to patient):** \_\_\_\_\_

# Formularios de Reconocimiento y Consentimiento del Paciente

Gracias por escoger el centro de cerebro y columna. Estamos honrados por ser escogidos para ayudarle con su salud y estamos comprometidos a darles el mejor cuidado médico. Listado tenemos nuestras pólizas financieras y pedimos que las lean con cuidado y por favor firmen.

## Yo entiendo

- El paciente o guardián si es menor es responsable por todos los servicios proveídos
- El centro de cerebro y columna le va a manda la cuenta a mi segura, pero yo soy responsable de proveer el seguro que esta al día y proveyendo cualquier cambio o actualización de mi seguro cuando suceda
- Entiendo que al no poder proveer información actualizada de mi seguro va a resultar que cobros o servicios no cubierto sean mi responsabilidad
- Entiendo que soy responsable por los copagos, coseguro, deducibles o cobros por servicios o equipo médico no cubierto por mi seguro médico
- Entiendo que los cargos se deben al tiempo de mi cita
- Entiendo que es mi responsabilidad obtener referidos que son necesarios antes de mi cita. Al no poder dar un referido puede resultar cambios a mi cita
- Entiendo que si cancelo or pierdo mi cita sin aviso de 24 horas, soy responsable del COBRO DE \$50
- Entiendo que el centro de cerebro y columna cobra \$35 por cada cheque que sea devuelto por saldos insuficientes
- Entiendo que soy responsable por pagar o establecer un acuerdo de pago para saldos pendientes en mi cuenta. Al no poder pagar puede resultar en no recibir cuidado médico con el centro de cerebro y columna
- Entiendo que consultaciones por teléfono extensivas y/o después de hora de oficina pueden resultar en cobros adicionales
- Entiendo que el centro de cerebro y columna puede acceder o compartir mi información médica por la plataforma CRISP

## Récords Médicos y Papeleo

El centro de cerebro y columna cobra por llenar papeleo y procesar récords médicos

1. Cobro por récords médicos: .76 centavos, más cualquier cargo aplicable por envío y manejo
  - No hay cobro para mandar récords médicos al paciente electrónicamente
2. Por llenar Papeleo: \$35.00 por la primera página y \$5.00 por cada página adicional. La tarifa se debe antes de completar el papeleo

**\*\*Papeleo tomas 5-7 días de negocio para completar y mandar\*\***

## Autorización financiera

Pido que el pago de beneficios de Medicare/Seguro médico autorizado sea hecho de parte mía al centro de cerebro y columna por todos los servicios que yo reciba de parte de mi doctor o proveedor. Autorizo que cualquier proveedor de servicios médicos comparta récords médicos con El Centro de Cerebro y Columna/Servicios de Medicaid o cualquier otro seguro médico en el cual tenga cobertura, adicionalmente cualquier información necesaria al determinar los beneficios por servicios relacionados. Acepto proveer referidos y planes de tratamiento como es requerido por mis seguros médicos. Todo los copagos deben de ser pagados al tiempo de servicio en acuerdo con la póliza del seguro médico

Firmando doy entender que entiendo y estoy de acuerdo con las pólizas explicadas y confirmo que toda la informacion mia esta al dia

---

Signature

Date



# CENTER FOR BRAIN & SPINE

## Formularios de Reconocimiento y Consentimiento del Paciente La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud

### Sección I

Al firmar da consentimiento a nuestro uso y divulgación de información médica que es protegida de su tratamiento, pago y operaciones médicas. Usted tiene el derecho de revocar su consentimiento en escrito con la excepción de las divulgaciones hechas con su consentimiento recibido en el pasado. Pido que el pago al autorizado Medicare/beneficios de seguro médico sea hecho de parte mía al Centro de Cerebro y Columna, LLC (Center for Brain & Spine, LLC) por todos los servicios completados por mi doctor. Autorizo que cualquier proveedor médico con información médica mía que lo comparta con los centros de Medicare/servicios de Medicaid y sus agentes y/o cualquier otro seguro médico en el cual tenga cobertura, y cualquier información necesaria para confirmar los beneficios o beneficios de servicios relacionados. Estoy de acuerdo en proveer referidos, planes de tratamiento, y cualquier otro documento requerido por mis seguros médicos necesarios para cobertura de servicios. Pagaré el copago al tiempo de mi servicio como es requerido por mi/s seguro/s médico/s. **Usted, el paciente, tiene el derecho de revocar consentimiento, en escrito, con la excepción si ya hemos divulgado información médica con su autorización previa.**

Centro de Cerebro y Columna (Center for Brain & Spine), "Aviso de Reglas de Privacidad" provee información sobre cómo la compañía puede usar y divulgar información médica que esté protegida sobre usted. Por favor, escriba sus iniciales para confirmar que usted ha recibido el "Aviso de Reglas de Privacidad" de esta oficina.

\_\_\_\_\_Iniciales

Nuestro Aviso de Reglas de Privacidad especifica que tenemos el derecho de cambiar los términos en los cuales ya le hemos informado. Si esto pasa, nosotros pondremos el aviso en la oficina y usted va a recibir una copia en papel en su próxima visita.

\_\_\_\_\_Iniciales

Usted tiene el derecho a requerir restricciones en cómo su información puede ser usada y divulgada para su tratamiento, pagos, u operaciones para su salud. No estamos requeridos para acceder a sus restricciones, pero al decidir estar de acuerdo estamos obligados a mantener el acuerdo.

\_\_\_\_\_Iniciales

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Por Favor denos un listado de personas que usted nos autoriza contratar o divulgar información médica, como su contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



# CENTER FOR BRAIN & SPINE

## Formularios de Reconocimiento y Consentimiento del Paciente (continuado)

### Sección II: Consentimiento de uso y divulgación de información

Los doctores, empleados, y asociados de Centro de de Cerebro y Columna (Center for Brain & Spine) contactan pacientes entre horas de negocio y también después de horas de negocio, y cuando sea necesario dejan mensajes. En estas ocasiones nuestra oficina deja mensajes en los dispositivos compartidos de parte de los pacientes. Ahora La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud es regulada a un nivel federal, por esta razón es necesario obtener su consentimiento para continuar comunicando por medio de dispositivos.

Información médica que es protegida puede ser divulgada a medio de su teléfono de cara, celular, o correo electrónico, esta información puede incluir medicamentos/información de la farmacia, instrucciones para sus citas y operaciones, información relacionada a su cirugía incluyendo la responsabilidad financiera de su cuenta.

\_\_\_\_\_ (Initial) Estoy de acuerdo en permitir que los doctores y empleados del centro de cerebro y columna, dejen mensajes que incluyan información médica cual es protegidas a mi teléfono de casa, mobil, y mi correo electronico

\_\_\_\_\_ (Initial) Estoy de acuerdo en permitir que los doctores y empleados del centro de cerebro y columna, dejen mensajes que incluyan información médica cual es protegida a los dispositivos debajo

Por Favor deje su initial al lado de el dispositivo donde le podemos mandar mensajes

\_\_\_\_\_ Teléfono de Casa    \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil    \_\_\_\_\_ Correo Electrónico

\_\_\_\_\_ (Initial) No estoy de acuerdo que los doctores o empleados del centro de cerebro y columna dejen mensajes de información protegida a mi teléfono celular/casa o correo electrónico

\_\_\_\_\_ (Initial) Entiendo que puedo revocar mi autorización a cualquier tiempo al llenar este formulario de nuevo



# CENTER FOR BRAIN & SPINE

## Formularios de Reconocimiento y Consentimiento del Paciente (continuado)

### Sección III: Consentimiento del Paciente para Grabaciones

**El Centro para el Cerebro y la Columna Vertebral** utiliza **DeepScribe**, una tecnología de inteligencia artificial de última generación para la transcripción médica, con el fin de preparar las notas médicas de su visita clínica. **DeepScribe cumple al 100% con la normativa HIPAA.** Para garantizar que sus datos estén lo más seguros posible, hemos implementado autenticación multifactor, encriptación de datos, desidentificación de toda la información del paciente y acceso estrictamente limitado a su información.

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento para ser grabado(a) en audio durante su visita médica. Usted consiente el uso de los servicios de transcripción médica de DeepScribe para utilizar estas grabaciones y la información personal recopilada durante las mismas, incluyendo información de salud, para los siguientes fines, entre ellos, pero no limitados a: documentación médica, transcripción médica, control de calidad, capacitación, el mejoramiento del software y análisis de voz.

Entiendo que cualquier información proporcionada por mí o por mi equipo médico durante las grabaciones puede ser utilizada y divulgada para los fines indicados anteriormente, incluyendo información personal y de salud sobre mí.

---

**Firma**

**Fecha**



# CENTER FOR BRAIN & SPINE

☐ Marce si sus síntomas son relacionados a un caso de compensación laboral o reclamo personal

Nombre (name): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_ Edad (age): \_\_\_\_\_

| Medico Primario (primary care provider) |      | Medico Referente (referring doctor) |      |
|-----------------------------------------|------|-------------------------------------|------|
| Nombre:                                 |      | Nombre                              |      |
| Telefono:                               | Fax: | Telefono:                           | Fax: |
| Direccion:                              |      | Direccion:                          |      |

| Historial de Enfermedad (history of illness):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    | PHYSICIAN NOTES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| La razón por su visita (Reason for visit):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza (head)<br><input type="checkbox"/> Dolor de espalda (back)<br><input type="checkbox"/> Dolor de nuca (neck)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Dolor de brazo (arm)<br><input type="checkbox"/> Dolor de pierna (leg)                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Izquierdo (left)<br><input type="checkbox"/> Derecho (right)<br><input type="checkbox"/> Ambos Lados (both)               |                 |
| ¿Cuándo empezó este problema? (Start date)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                 |
| ¿Cómo describiría el dolor? (pain description)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Agudo (sharp)<br><input type="checkbox"/> Leve (dull)<br><input type="checkbox"/> Entumecido (numbness)                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ardiente (burning)<br><input type="checkbox"/> Punzante (shooting)<br><input type="checkbox"/> _____                                                                                                 |                                                                                                                                                    |                 |
| Nivel del dolor (pain level): Sin dolor (no pain) Moderado (moderate) Severo (severe)<br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                 |
| ¿Qué lo hace peor (what makes it worse?)<br><input type="checkbox"/> Nada (nothing) <input type="checkbox"/> Caminando (walking) <input type="checkbox"/> Parandome (standing) <input type="checkbox"/> Sentandome (sitting)<br><input type="checkbox"/> Movimiento (movement) <input type="checkbox"/> Levantando (lifting)                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                 |
| ¿Qué ayuda? (what helps?)<br><input type="checkbox"/> Nada (nothing) <input type="checkbox"/> inyección de esteroides (steroid injections) <input type="checkbox"/> Sentandome (sitting)<br><input type="checkbox"/> Parandome (standing) <input type="checkbox"/> Caminando (walking) <input type="checkbox"/> Acostandose (laying still)<br><input type="checkbox"/> Medicamento (medication) <input type="checkbox"/> Terapia fisica (PT) <input type="checkbox"/> _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                 |
| ¿Es peor durante ciertas horas? (is it worse at certain times)<br><input type="checkbox"/> Dia (day) <input type="checkbox"/> Noche (night) <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                 |
| ¿Tiene otros síntomas relacionados? (related symptoms)<br><input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal (bowel incontinence) <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria (urinary incontinence)<br><input type="checkbox"/> Debilidad de brazos o piernas, especifique (weakness in limbs) _____                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                 |
| ¿Qué tratamientos ha tratado anteriormente para aliviar sus síntomas? (past treatments)<br><input type="checkbox"/> Terapia Fisica (PT) <input type="checkbox"/> Inyección de esteroides (steroid injections) <input type="checkbox"/> Sirugia previa (prior surgery)<br><input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) <input type="checkbox"/> Especialista de dolor (Pain Management) <input type="checkbox"/> _____                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                 |
| Historial Medico (personal medical history):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                 |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta (HBP)<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Ulcera Peptica (peptic ulcer)<br><input type="checkbox"/> Ataque del corazón (heart attack)<br><input type="checkbox"/> Dolor/opresión en el Pecho (chest tightness/pain)                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Derrame (stroke)<br><input type="checkbox"/> Cancer<br><input type="checkbox"/> Colesterol Alto (high cholesterol)<br><input type="checkbox"/> Hepatitis<br><input type="checkbox"/> VIH (HIV)<br><input type="checkbox"/> Convulsion (seizure)<br><input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Problemas con los pulmones (lung problems)<br><input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza (headache)<br><input type="checkbox"/> Accidentes<br><input type="checkbox"/> Huesos Quebrados (broken bones) | <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda (back pain)<br><input type="checkbox"/> Dolor de Nuca (neck pain)<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |                 |

| <b>Hospitalizaciones/Cirugías Previas:</b> No incluyendo embarazo (previous hospitalizations/surgeries not including pregnancy)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                          |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Fecha (date)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Hospitalización/Cirugía (illness/surgery) |                          |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                          |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                          |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                          |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                          |                               |
| <b>Medicamentos;</b> incluyendo vitaminas medicamentos de venta sin receta (Medications: vitamins & OTC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                          |                               |
| Dosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Frecuencia                                | Medicamento (medication) | Razon (reason for medication) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           | 1.                       |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           | 2.                       |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           | 3.                       |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           | 4.                       |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           | 5.                       |                               |
| <b>Alergias</b> (allergies):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |                          |                               |
| <input type="checkbox"/> A mi conocimiento no tengo alergia (no known allergies) <input type="checkbox"/> penicilina (penicillin) <input type="checkbox"/> Tintura de yodo (iodine) <input type="checkbox"/> tinte de contraste (contrast dye)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |                          |                               |
| <b>Marque si está experimentando estos síntomas</b> (ROS):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                          |                               |
| <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho (chest pain)<br/> <input type="checkbox"/> Palpitaciones (palpitations)<br/> <input type="checkbox"/> Opresión del pecho (chest tightness)<br/> <input type="checkbox"/> Desmayos (fainting spells)<br/> <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor (heat intolerance)<br/> <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío (cold intolerance)<br/> <input type="checkbox"/> Dificultad respirando (shortness of breath)<br/> <input type="checkbox"/> Náusea (nausea)<br/> <input type="checkbox"/> Vómito (vomiting)<br/> <input type="checkbox"/> Mareo (dizziness)           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Depresión (depression)<br/> <input type="checkbox"/> Ansiedad (anxiety)<br/> <input type="checkbox"/> Convulsiones (seizures)<br/> <input type="checkbox"/> Debilidad (weakness)<br/> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza (headache)<br/> <input type="checkbox"/> Visión borrosa (blurred vision)<br/> <input type="checkbox"/> Visión doble (double vision)<br/> <input type="checkbox"/> Pérdida de visión (loss of vision)<br/> <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria (urinary incontinence)<br/> <input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal (bowel incontinence)           </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Moretones (bruising)<br/> <input type="checkbox"/> Sangrando fácilmente (easy bleeding)<br/> <input type="checkbox"/> Dificultad hablando (difficulty speaking)<br/> <input type="checkbox"/> Dificultad tragando (difficulty swallowing)<br/> <input type="checkbox"/> Fiebre (fever)<br/> <input type="checkbox"/> Piernas hinchadas (swollen legs)<br/> <input type="checkbox"/> Espasmo muscular (muscle spasms)<br/> <input type="checkbox"/> Dolor de nuca (neck pain)<br/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda (back pain)<br/> <input type="checkbox"/> Entumecido (numbness)           </div> </div> |                                           |                          |                               |
| <b>Historial Personal</b> (social history):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                          |                               |
| <b>Estatus Matrimonial</b> (marital status): <input type="checkbox"/> Soltero (single) <input type="checkbox"/> Casado (married) <input type="checkbox"/> Viudo (widowed) <input type="checkbox"/> Divorciado (divorced) <input type="checkbox"/> Acompañado (in a relationship)<br><b>Empleo</b> (employment): <input type="checkbox"/> Empleado (employed) <input type="checkbox"/> Desempleado (unemployed) <input type="checkbox"/> Discapacitado (disabled) <input type="checkbox"/> Retirado (retired)<br>Ocupación: _____<br><b>¿Cuántos hijos tiene?</b> (how many kids do you have?): 0-1-2-3-4-5- _____<br><b>Uso de tabaco</b> (tobacco use): Cigarrillos (cigarettes): <input type="checkbox"/> Nunca (never) <input type="checkbox"/> Cuando paro (quit date)? _____<br><input type="checkbox"/> Fumo (current smoker): paquetes al día (packs/day) _____ # por cuántos años (years) _____<br>Otro producto de tabaco (other tobacco product): <input type="checkbox"/> Pipa (pipe) <input type="checkbox"/> tabaco para mascar (chewing) <input type="checkbox"/> Cigarro (cigar) <input type="checkbox"/> En polvo (snuff)<br><b>Uso de alcohol</b> (alcohol use): <input type="checkbox"/> Bebe (do you drink alcohol)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si # de bebidas a la semana (drinks per week) _____<br><b>Uso de droga</b> (drug use): Usa drogas recreativas (recreational drugs)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medicamentos para el dolor (pain killers)<br><input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                           |                          |                               |
| <b>Historial Familiar</b> (Family History):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                          |                               |
| <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Epilepsia (epilepsy)<br/> <input type="checkbox"/> Migraña (migraine) disorder<br/> <input type="checkbox"/> Presión alta (HBC)           </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Derrame (stroke)<br/> <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (sickle cell)<br/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis<br/> <input type="checkbox"/> Cáncer           </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Alcoholismo (alcoholism)<br/> <input type="checkbox"/> Artritis (arthritis)<br/> <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple (multiple sclerosis)           </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> Tumores en el cerebro (brain tumor)<br/> <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico (bleeding)<br/> <input type="checkbox"/> Trastorno mental (mental illness)           </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           |                          |                               |

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

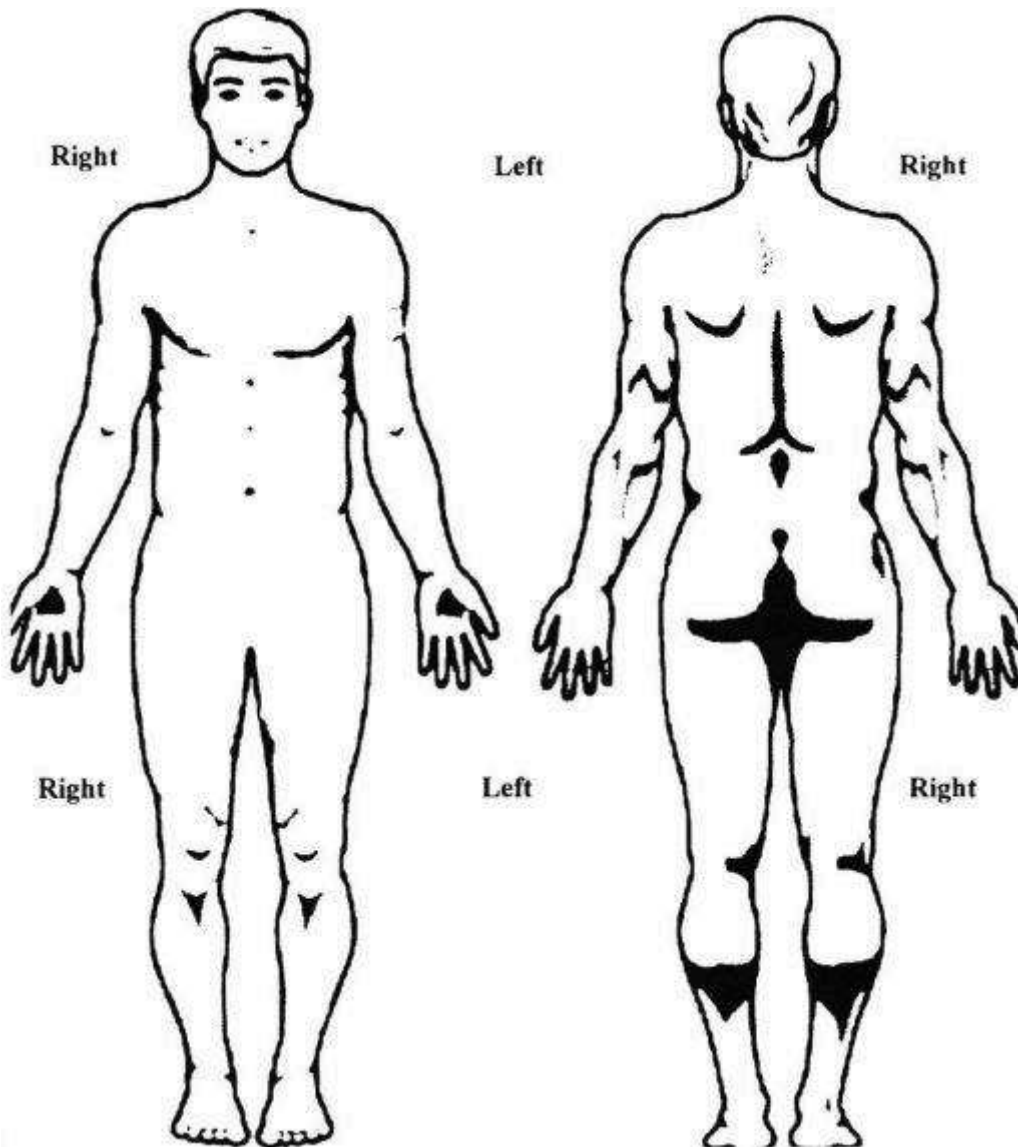


# CENTER FOR BRAIN & SPINE

**Por Favor use los símbolos descriptivos para marcar la imagen que representa su cuerpo, dónde está experimentando sus síntomas.**

(use the following symbols on the body outline to describe location of symptoms)

| Dolor (pain) | Entumecimiento (numbness) | Hormigueo (pins/needles)<br>(weakness) | Ardor (burning) | Debilidad |
|--------------|---------------------------|----------------------------------------|-----------------|-----------|
| XXXX         | OOOO                      | .....                                  | BBBB            | ++++      |



**Nombre del Paciente (Name)** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fecha (date)** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# CENTER FOR BRAIN & SPINE

En nuestros esfuerzos para mantener sus médicos informados, le pedimos que nos provea la información de sus médicos para nuestros registros.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_

| Medico                                        | Nombre | Numero de Telefono | Direccion |
|-----------------------------------------------|--------|--------------------|-----------|
| Primario (Primary)                            |        |                    |           |
| Referente (referring)                         |        |                    |           |
| Neurológa/o (neurologist)                     |        |                    |           |
| Ortopédica/o (orthopedic)                     |        |                    |           |
| Especialista de dolor (pain)                  |        |                    |           |
| Reumatóloga/o (rheumatologist)                |        |                    |           |
| Oncóloga/o (oncologist)                       |        |                    |           |
| Hematóloga/o (hematologist)                   |        |                    |           |
| Fisioterapeuta (PT)                           |        |                    |           |
| Cardiólogo (cardiologist)                     |        |                    |           |
| Oncóloga/o radioterápica (radiation oncology) |        |                    |           |
| Otro medico:                                  |        |                    |           |

Verificó que no tengo otros médicos que quiera agregar a esta lista:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(I verify I do not have any doctors to list on this form)