REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Lista de Verificación de Paciente Nuevo

Nombre del Paciente: «PatientFullName» Fecha de Nac.: «PatientDOB» Paciente # «PatientNumber»

_____ Tarjeta de Identificación/Tarjeta(s) de Seguro obtenida(s) y ***escaneada(s) correctamente***

_____ Seguro configurado correctamente/ Elegibilidad verificada

_____ Autorización verificada/Información de referido/Padecimiento creado

_____ ***** Deducible/Copago cobrado***

_____ Correo electrónico obtenido e invitación al portal enviada.

_____ Completar el campo de fuente de referido

_____ Ingresar farmacia

_____ Para pacientes de Medicare, asegúrese de que se haya agregado DMERC.

_____ ***Todos los formularios requeridos llenados/firmados/fechados***

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

***** Los paquetes deben estar completos, firmados y escaneados para poder continuar con el tratamiento**

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: «PatientFullName» **Fecha de Nac.: «PatientDOB»**

Número de Seguro Social:_____ **Fecha de la Visita: «ApptDate»**

Médico: «ApptProviderName» **Número de Paciente: «PatientNumber»**

SU INFORMACIÓN	
Seguro Primario: «PlanName» **ID de Miembro: «ClaimMemberID»** **Grupo #: «GroupNumber»** **Titular de la Póliza: «SubscriberName»** **Fecha de Nac. del Titular: «SubscriberDOB»** **SSN del Titular: _____**	**Seguro Secundario: «SecPlanName»** **ID de Miembro: «SecPlanClaimMemberID»** **Grupo #: «SecPlanGroupNumber»** **Titular de la Póliza: «SecPlanSubscriberName»** **Fecha de Nac. del Titular: «SecPlanSubscriberDOB»** **SSN del Titular: _____**
Residencia Principal **Dirección: «PatientAddrLine1»** **«PatientAddrLine2»** **Ciudad/Estado/Código Postal: «PatientAddrCSZ»**	**Residencia Secundaria** **Dirección:** **Ciudad/Estado/Código Postal:**
Teléfono Principal: «PatientPhoneNumber»	**Celular: «PatientMobilePhone»**
Teléfono del Trabajo: «PatientWorkPhone»	**Método de Contacto Preferido: (Encierre Uno)** **Casa Celular Correo Mensaje de Texto**
¿Esta cita se debe a un accidente automovilístico? SÍ/ NO Parte del Cuerpo Lesionada: Fecha de la Lesión:	
¿Esta cita se debe a un resbalón y caída/Responsabilidad civil? SÍ/ NO Parte Lesionada: Fecha de la Lesión:	
¿Es esta una cita de Compensación Laboral? SÍ/ NO Parte del Cuerpo Lesionada: Fecha de la Lesión:	
¿El caso está cerrado? SÍ/ NO o N/A ¿Hay un abogado involucrado? SÍ/ NO Nombre del Abogado:	
Idioma Preferido: **Ocupación:**	
Estado Civil: «PatientMaritalStatus» **Situación Laboral:** «EmploymentStatus» **Empleador:**	
Etnicidad: Hispano _____ No Hispano _____ **Raza:** Asiático _____ Afroamericano _____ Caucásico _____ Nativo Americano/ de Alaska _____ Otro:_____	
Médico de Atención Primaria: **Cardiólogo (si aplica):**	
Médico que lo Refirió: «RefProviderFirstLastName»	
¿Tiene acceso a Internet? Sí o No Correo Electrónico: «PatientEmail»	
Contacto de Emergencia: Tel.#	**Farmacia: «PatPharmacyName» «PatPharmacyPhone»**

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL: SSN#: FECHA NAC.: TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

Seguro y Autorización
(Por favor lea y firme abajo)

Por la presente autorizo a Florida Joint & Spine Institute, P.A. a proporcionar información a las compañías de seguro sobre mi enfermedad y tratamientos, y entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgarla a la Administración del Seguro Social y a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica, o a sus intermediarios o aseguradoras, o al agente de facturación de este Médico o proveedor. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original, y que esta sirva como cesión directa de mis derechos y beneficios bajo la póliza de seguro aplicable a Florida Joint & Spine Institute, P.A. Se espera el pago en el momento en que se prestan los servicios profesionales. Esperaremos hasta sesenta (60) días el pago de su compañía de seguros. Si la compañía de seguros no ha pagado dentro de sesenta (60) días, esperaremos que usted pague el saldo total en ese momento. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, Mastercard, American Express, Discover y Care Credit. En caso de que se requiera un litigio para cobrar las sumas que usted adeude bajo este acuerdo, Florida Joint & Spine Institute, P.A. tendrá derecho a recuperar de usted todos sus costos y gastos legales, incluidos honorarios razonables de abogados, antes del juicio, durante el juicio y en cualquier procedimiento de apelación. En caso de que la cuenta esté en mora, todos los cargos de la agencia de cobranza serán responsabilidad del garante. Autorizo los pagos de seguro secundario por cruce (crossover) de Medicare al proveedor que acepta la asignación (medigap). Por la presente autorizo el pago directo al médico nombrado de los beneficios del seguro colectivo que de otro modo me serían pagaderos. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento y autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con esta reclamación. He leído la política financiera establecida de Florida Joint & Spine Institute, P.A. y acepto cumplir con los términos indicados anteriormente.
Su firma confirma que ha leído y comprende los Términos y Condiciones establecidos por Florida Joint & Spine Institute, P.A.

_____ «ApptDate»
Firma del Paciente

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O USAR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo la divulgación o el uso de mi información de salud individualmente identificable y de la información de mi expediente médico por parte de **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** con el fin de llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Le recomendamos revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Práctica para obtener una descripción más completa y detallada de la posible divulgación y uso de dicha información, y tiene derecho a revisar dicho Aviso antes de firmar este formulario.
Usted conserva el derecho de solicitar que restrinjamos aún más la forma en que se divulga o usa su información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** no está obligado a aceptar dichas restricciones.
Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya actuado con base en el mismo. También entiendo que, si me niego a firmar este consentimiento o lo revoco, esta organización puede negarse a atenderme según lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.
Además entiendo que **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** se reserva el derecho de cambiar su Aviso y sus Prácticas antes de su implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. Si **Florida Joint & Spine Institute, P.A.** cambia su Aviso, enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado (ya sea por correo postal de EE. UU. o, si estoy de acuerdo, por correo electrónico).
Yo, «PatientFullName», doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), mensajes de marcación automática y/o mensajes artificiales o pregrabados en mi teléfono celular o en cualquier número de teléfono o correo electrónico que yo haya proporcionado a Florida Joint & Spine Institute o sus afiliados y sus agentes, incluidos, sin limitación, cualquier compañía de administración de cuentas y contratistas independientes, incluidos cobradores de deudas. Entiendo que no es obligatorio dar este consentimiento para recibir servicios de Florida Joint & Spine Institute.

RESTRICCIONES: Deseo aplicar las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

_____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por la presente autorizo a Florida Joint & Spine Institute, P.A. a divulgar información sobre mi tratamiento a la(s) siguiente(s) persona(s):

_____

_____ YO **NO** doy permiso a Florida Joint & Spine Institute, P.A. para dejar **NINGUNA** información médica relacionada con mi tratamiento a ninguna persona que no sea yo.

MENSAJES: Por la presente autorizo a Florida Joint & Spine Institute, P.A. a dejar mensajes sobre visitas al consultorio y confirmaciones de citas, así como cualquier otra información médica relacionada con mi tratamiento, en el/los siguiente(s) número(s) de teléfono:

Método:	Número de Teléfono con Código de Área:
Teléfono de Casa	
Celular	
Teléfono del Trabajo	
Otro (especifique):	

Por la presente reconozco que he recibido, o se me ha dado la oportunidad de recibir, una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Florida Joint & Spine Institute, PA. Entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la práctica cualquier cambio en la información anterior.
He leído y comprendo los términos de este consentimiento. Al firmar abajo, "solo estoy reconociendo que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir el Aviso de nuestras Prácticas de Privacidad".

«PatientFullName»
Nombre en Letra de Molde

_____
Número de Seguro Social

_____
Firma del Paciente/Representante Autorizado

_____
Relación con el Paciente

«ApptDate»
Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA
[ ] Consentimiento recibido por _____ el _____.
[ ] El paciente rechazó el consentimiento y se rechazó el tratamiento según lo permitido.
[ ] Consentimiento agregado al expediente médico del paciente el _____.

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Florida Joint & Spine Institute, P.A.

Política Financiera

Gracias por elegir a Florida Joint & Spine Institute, P.A. como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Los servicios médicos que brinda nuestra oficina son servicios que usted ha elegido recibir, lo cual implica una responsabilidad financiera de su parte.

Nuestra oficina verifica todos los seguros antes de su primera cita. La información obtenida de la compañía de seguros del paciente no es una garantía de pago; es solo una revisión de los beneficios del paciente. Al recibir el pago de la reclamación de la compañía de seguros, nuestra oficina atenderá cualquier discrepancia que surja por información incorrecta proporcionada al momento de la verificación de beneficios. En última instancia, el pago de los servicios prestados es responsabilidad del paciente.

Formas de pago: Aceptamos efectivo, cheque, débito y las principales tarjetas de crédito, Care Credit, HSA y FSA. **VIGENTE A PARTIR DEL 08/01/24: **Todas las transacciones con tarjeta de crédito tendrán un recargo del 2.99% por transacción.** **Excluye transacciones con débito, Care Credit, HSA y FSA

Care Credit: Care Credit es un recurso disponible para nuestros pacientes para pagar procedimientos no cubiertos por el seguro. Care Credit ofrece un plan de 6 meses sin intereses para montos mayores de $200. Para más información, comuníquese con nuestro personal o llame al 1-800-365-8295. También puede solicitarlo en línea en www.carecredit.com. Los pacientes con procedimientos que no califiquen para Care Credit tienen la opción de hacer pagos mensuales hasta liquidar el monto total. Tenga en cuenta que el procedimiento no se programará ni se realizará hasta que el saldo esté pagado en su totalidad.

Seguro de Accidentes: Nuestra oficina no acepta ni tramita seguros de accidentes. Esto incluye, entre otros, seguros escolares, seguros de propietarios de vivienda y planes privados.

Seguro de Automóvil: Cualquier incidente relacionado con un automóvil debe presentarse ante la compañía de seguro de automóvil del paciente. Esto incluye accidentes sin colisión, como cerrar la puerta del auto sobre un dedo o lesionarse al sacar una carga del maletero. Los pacientes que solo tengan seguro de automóvil serán considerados Pacientes de Pago Propio. Dado que Florida es un estado "sin culpa" (no fault), el paciente será responsable de proporcionar a nuestra oficina la siguiente información antes de programar una cita: información del seguro de auto del paciente, nombre y teléfono del ajustador del reclamo, número de reclamo, fecha del accidente e información del seguro médico. Antes de programar su cita, nuestra oficina contactará a su compañía de seguros para verificar los beneficios. A partir del 1 de enero de 2013, la ley de Florida establece que si usted se lesiona en un accidente debe obtener tratamiento médico dentro de 14 días, ¡o NO HABRÁ COBERTURA PIP PARA NINGÚN BENEFICIO MÉDICO!

Cobranzas: Si usted no paga su cuenta, acepta reembolsarnos los cargos de cualquier agencia de cobranza, que pueden basarse en un porcentaje de hasta un máximo del 25% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos honorarios razonables de abogados, en que incurramos en dichos esfuerzos de cobranza.

Copagos: Los copagos se cobran al momento del registro. Es posible que los pacientes que no puedan pagar su copago no sean atendidos. Su compañía de seguros obliga a nuestra práctica a cobrar los copagos.

Deducibles / Coseguro: Los pacientes con deducibles deberán pagar un depósito de $150.00 al registrarse. El saldo restante, coseguro y/o deducible se cobrará a la salida según el monto permitido por el seguro. Los créditos del paciente se aplicarán a la siguiente visita o se reembolsarán si no se necesita otra cita.

Referidos: Si su plan de seguro requiere un referido de su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtener el referido escrito y/o electrónico antes de programar una cita. Si no se obtiene el referido antes de su cita, la cita será cancelada hasta que se presente el referido.

Menores de Edad: Los menores no serán atendidos sin la presencia de un padre/madre/tutor. En casos de custodia, Florida Joint & Spine facturará a la compañía de seguros del padre o madre que firme los formularios de consentimiento. El padre o madre que firme el consentimiento de servicios será responsable de cualquier saldo pendiente, a menos que se presente una orden judicial que indique lo contrario.

Expedientes Médicos: Recomendamos a los pacientes registrarse en nuestro portal para obtener un resumen de cada visita. Las solicitudes de expedientes médicos deben hacerse por escrito y estar firmadas por el paciente o su representante legal. Se puede requerir pago por adelantado antes de entregar sus expedientes médicos. DISCOS: Las imágenes radiológicas (rayos X) se entregarán en disco. El costo del disco de radiología es de $7 (recogido) y $15 (enviado por correo al paciente). ¡Se requiere pago por adelantado! Permita un mínimo de 10 días hábiles para su procesamiento.

Cartas y Llenado de Formularios: El llenado de formularios no se considera parte de la atención médica normal que brinda nuestra oficina, sino un servicio aparte por el cual se le cobrará un cargo. Nos reservamos el derecho de negarnos a llenar cualquier formulario. Se le cobrará según el formulario/carta que necesite. ***¡Se requiere pago por adelantado!*** Permita hasta 2 semanas para completar su carta/formulario(s). Para garantizar la exactitud y evitar demoras, **el paciente es responsable de** llenar todos los campos relacionados con el empleado, proporcionar una Descripción del Puesto, firmar un consentimiento y pagar todos los cargos. Aplican los siguientes cargos: Cartas (Servicio de Jurado, Cancelación de Viajes, etc.) = $15; Permisos de Estacionamiento para Discapacitados = $15; Autorización de Regreso al Trabajo = $15; Formularios de Discapacidad/ADA = $35; FMLA = $30. ***Se podrán aplicar cargos adicionales a nuestra discreción.***

Seguro Suplementario de Medicare: Somos un proveedor participante del programa Medicare Parte B; como tal, estamos obligados a descontar la diferencia entre lo que Medicare nos paga por los servicios que le prestamos (el "monto permitido") y nuestro cargo usual y habitual. Medicare nos paga directamente el 80% del "monto permitido". Por ley federal, el 20% restante y su deducible anual son responsabilidad del paciente.

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Servicios No Cubiertos: Los pacientes deben pagar cualquier saldo no cubierto por el plan de seguro. Si no está seguro de si un servicio está cubierto por su plan, en última instancia es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros para revisar sus beneficios.

Inasistencia (No-Show): Se aplicará a la cuenta del paciente un cargo por inasistencia de $75 (paciente nuevo), $50 (paciente establecido) o $150 (procedimiento) cuando el paciente no haya avisado a nuestra oficina con la debida anticipación (más de 24 horas) la cancelación de una cita. Dos inasistencias resultarán en una carta al paciente y a su médico de atención primaria. Tres inasistencias resultarán en la terminación de la atención. Si un paciente que aún no se ha establecido con la práctica falta a su primera cita en tres ocasiones distintas, no se le programarán más citas.

Reembolsos: Se reembolsará a los pacientes cualquier pago en exceso una vez que se hayan procesado todas las reclamaciones de la cuenta y el paciente haya sido dado de alta. El departamento de cuentas por pagar emitirá un cheque de reembolso de manera oportuna.

Pago Propio: Todos los pacientes nuevos sin comprobante de seguro deberán pagar un depósito de $341.00 al momento del servicio. Para citas de seguimiento, el paciente deberá pagar $182.00 al momento del servicio. Todos los pacientes nuevos de atención de fracturas deberán pagar un depósito de $650 al momento del servicio. Para citas de seguimiento, el paciente deberá pagar $264.00 al momento del servicio. Los pacientes programados para inyecciones y otros procedimientos en el consultorio podrían tener que pagar montos adicionales al momento del servicio. ¡LOS PACIENTES DEBEN SABER QUE ESTO ES SOLO UN DEPÓSITO! LOS CARGOS TOTALES PUEDEN SER MAYORES O MENORES QUE EL DEPÓSITO INICIAL COBRADO. Cualquier saldo restante de la visita se cobrará a la salida.

Precios en Paquete para Pago Propio (HealthMe): Nos complace ofrecer precios directos a pacientes con deducible alto, fuera de la red o sin cobertura de seguro médico. Podemos ofrecer estos precios a nuestros pacientes de pago propio cuando el pago se realiza en su totalidad al momento del servicio. Visite nuestro sitio web www.floridajointspine.com para ver los precios y realizar una compra. Los pacientes deben presentar el código de canje al registrarse.

Cargo por Cancelación de Cirugía: A los pacientes que cancelen su cirugía con menos de 48 horas de aviso se les cobrará un cargo de $200.00 por cancelación tardía. La cirugía no se reprogramará hasta que se pague el cargo.

Pago Anticipado de Cirugía: Los pacientes deben pagar su parte del costo quirúrgico dos (2) días hábiles antes de la cirugía. Es posible que la cirugía de los pacientes que no puedan pagar deba ser reprogramada.

Seguro de Viajero para Pacientes Internacionales: Cualquier paciente internacional con seguro médico canadiense, internacional o seguro de viajero se convierte automáticamente en paciente de Pago Propio. El paciente será responsable de los cargos al momento del servicio. Es responsabilidad del paciente presentar su reclamación a la compañía de seguros. Nuestra oficina con gusto le ayudará con esto.

Compensación Laboral: Si un paciente se lesiona en el trabajo, debe reportarlo a su empleador, a menos que el paciente esté exento de compensación laboral. La cita inicial debe gestionarse a través del ajustador de compensación laboral. Si el empleado está exento de compensación laboral, debe proporcionar una copia de la exención estatal. Cualquier aseguradora de compensación laboral no participante deberá firmar nuestro acuerdo de compensación laboral antes de programar citas para el paciente. El ajustador deberá proporcionar un traductor a cualquier paciente que no hable inglés.

Llamadas al Médico: Cuando llame a la oficina para hablar con su médico u otro miembro del personal, haremos todo lo posible por devolverle la llamada dentro de 48 horas. Como no somos una clínica de atención de urgencias, si tiene una emergencia, le recomendamos acudir a la sala de emergencias más cercana.

Evaluación Psicológica: Debido a la naturaleza de nuestro tratamiento, puede haber ocasiones en que el médico determine que es necesaria una evaluación psicológica. Por ejemplo, muchos planes de salud requieren evaluaciones antes de las pruebas de bomba intratecal o de estimulador de la médula espinal. Nos reservamos el derecho de suspender la atención si usted no obtiene la evaluación según lo solicitado.

Personal: Exigimos a nuestro personal que trate a nuestros pacientes con profesionalismo y pedimos a nuestros pacientes que hagan lo mismo. Si en algún momento nuestro personal considera que su tono o lenguaje es ofensivo o abusivo, esperamos que termine la conversación de inmediato y notifique a su supervisor inmediato o al administrador de la práctica. Lo documentaremos en su expediente y, según la gravedad de la situación, usted podría ser dado de alta de la práctica.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a Florida Joint & Spine, P.A. de cualquier cambio en la información de mi seguro médico y/o mi información de contacto. Entiendo y acepto los términos de esta Política Financiera.

«PatientFullName»
Nombre en Letra de Molde

«PatientDOB»
Fecha de Nacimiento

_____
Firma del Paciente/Representante Legal

_____
Relación con el Paciente

«ApptDate»
Fecha

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Medicamentos Actuales:

Fecha de Inicio	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico que lo Receta	Motivo del Medicamento	Fecha de Fin

¿Tiene alguna alergia?: _____

¿H**a probado alguno de los siguientes medicamentos?**

Fecha de Inicio	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico que lo Receta	Motivo del Medicamento	Fecha de Fin
	Kadian					
	Lidoderm Parche o crema					
	Lyrica					
	Metadona					
	Mobic (Meloxicam)					
	MS Contin (Morfina)					
	Neurontin (Gabapentin)					
	Nucynta (Tapentadol)					
	Opana (Oximorfona)					
	Percocet (Oxicodona)					
	Oxycontin					
	Robaxin					
	Skelaxin					
	Soma					
	Suboxone					
	Toradol					
	Ultram					
	Voltaren Gel					
	Zanaflex (Tizanidina)					
	Xtampza					

¿Qué mejora su dolor?:
Sentado De pie Descansando Terapia de Frío Terapia de Calor Caminar/Ejercicio

¿Qué empeora su dolor?:
Sentado De pie Descansando Terapia de Frío Terapia de Calor Caminar/Ejercicio

Describa su dolor, encierre todo lo que aplique:

Adolorido Ardiente Agotador Punzante (irradiado) Cansador Apuñalante Persistente
Carcomiente Entumecido Agudo Terrible Sensible Insoportable

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Historial Médico: **Historial Quirúrgico:**

Ataque al Corazón	Sí No	Inyección Epidural Cervical	Sí No
Arritmia	Sí No	Inyección Epidural Lumbar	Sí No
Presión Arterial Alta	Sí No	Inyección Epidural Caudal	Sí No
¿Toma anticoagulantes?	Sí No	Bloqueo del ganglio estrellado	Sí No
Soplo Cardíaco	Sí No	Bloqueo simpático lumbar	Sí No
Derrame Cerebral	Sí No	Inyección en punto gatillo	Sí No
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Sí No	Discograma	Sí No
¿Tiene marcapasos o desfibrilador?	Sí No	Bloqueo del nervio occipital	Sí No
Asma	Sí No	Estimulador de la médula espinal	Sí No
ERGE (Reflujo)	Sí No	Bomba intratecal	Sí No
Cáncer	Sí No	Fusión Espinal	Sí No
Diabetes	Sí No	Cirugía de Descompresión	Sí No
Epilepsia o Trastorno Convulsivo	Sí No	Colocación de Implantes	Sí No
Anemia	Sí No	Cifoplastia	Sí No
Actualmente toma anticoagulante	Sí No	Enumere otras cirugías abajo:	
Neuropatía	Sí No		
Osteoporosis	Sí No		
Artritis Reumatoide	Sí No		
Hepatitis	Sí No		
Enfermedad Renal/Trastorno Renal	Sí No		
Estenosis Espinal	Sí No		
Hernia de Disco	Sí No		

Encierre el número que corresponda a la intensidad de su dolor en una escala de 0-10.
"0" significa sin dolor y "10" es el peor dolor que pueda imaginar.

En su peor momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En su mejor momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Historial Médico Familiar:

Cáncer-Tipo: _____ Familia Desconocida: _____
Diabetes: _____
Derrame Cerebral (ACV): _____ Otro: _____
Hipertensión: _____

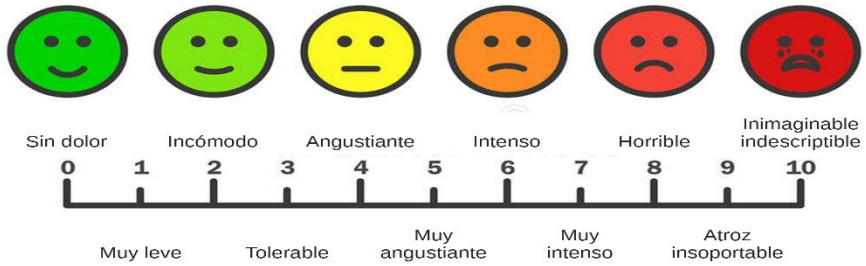
REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas de hoy: _____		**Encierre si presenta alguno de los siguientes hoy:**	
Vacuna contra el COVID ☐ Sí ☐ No		Poder notarial médico: Sí No Nombre del apoderado: _____	
General	**Cardiovascular**	**Metabólico**	**Piel**
Fiebre Debilidad Escalofríos Aumento o pérdida de peso	Palpitaciones / Soplo Hinchazón de piernas / Edema Síncope / Desmayos	Intolerancia al frío Intolerancia al calor	Sarpullido Lesiones Infecciones de la piel Enrojecimiento Picazón
Oídos, Nariz y Visión	**Gastrointestinal (GI)**	**Neurológico**	**Trastornos de la Sangre**
Visión borrosa Sangrado nasal Dolores de cabeza Vértigo / Mareos	Estreñimiento Diarrea Náuseas Vómitos	Dificultad para caminar Mareos Mala coordinación Debilidad muscular	Sangrado Moretones
Respiratorio	**Urinario**	**Caídas Recientes**	**Endocrino**
Dificultad para respirar Infecciones recientes Sibilancias Tos	Dificultad para orinar Micción frecuente Sangre en la orina	SÍ NO Fecha: ____/____/____ Dónde: _____	Sed excesiva Sudoración excesiva
Actualización del Estado del Paciente			
Cambio de alergias: _____	Médico primario/ Especialista: _____	Cambios de medicamentos: _____	

Encierre el número que corresponda a la intensidad de su dolor en una escala de 0-10.

"0" significa sin dolor y "10" es el peor dolor que pueda imaginar.



Firma del Paciente: _____

Fecha:_«CurrentDate»_____

TRATAMIENTOS PREVIOS
Terapia Física _____ Ejercicios en Casa _____ Medicamentos AINE_____ Cortisona Inyección en Rodilla _____ (Sin Alivio) Reposo, Hielo Compresión, Elevación **Uso de Tabaco:** Actual Anterior Nunca Tipo: _____ Cajetillas/Día: Años de Uso:

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

Herramienta de Riesgo de Opioides (Opioid Risk Tool)

Esta herramienta debe aplicarse a los pacientes en la visita inicial, antes de comenzar una terapia con opioides para el manejo del dolor. Un puntaje de 3 o menos indica un riesgo bajo de abuso futuro de opioides, un puntaje de 4 a 7 indica un riesgo moderado de abuso de opioides, y un puntaje de 8 o más indica un riesgo alto de abuso de opioides.

INSTRUCCIONES: Marque cada casilla que aplique, en la columna que corresponda a su sexo.

	Femenino	Masculino
Antecedentes familiares de abuso de sustancias		
Alcohol	1	3
Drogas ilegales	2	3
Medicamentos recetados	4	4
Antecedentes personales de abuso de sustancias		
Alcohol	3	3
Drogas ilegales	4	4
Medicamentos recetados	5	5
Edad entre 16-45 años	1	1
Antecedentes de abuso sexual preadolescente	3	0
Trastorno psicológico		
TDA, TOC, bipolar, esquizofrenia	2	2
Depresión	1	1
Puntaje total:		

Nombre:_____Fecha: _____

Cuestionario desarrollado por Lynn R. Webster, MD, para evaluar el riesgo de adicción a opioides

Webster LR, Webster R Predicting aberrant behaviors in Opioid-treated patients preliminary validation of the Opioid risk too'. Pain Med 2005; 6 (6): 4 32

REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE

CUESTIONARIO DE DISCAPACIDAD POR DOLOR DE OSWESTRY

Este cuestionario ha sido diseñado para darle a su Médico información sobre cómo su dolor ha afectado su capacidad para desenvolverse en la vida diaria. Por favor responda cada sección y marque solo la UNA casilla, la que mejor se aplique a usted en este momento.

SECCIÓN 1 — INTENSIDAD DEL DOLOR

- Puedo tolerar el dolor que tengo sin usar medicamentos.
- El dolor es fuerte, pero puedo arreglármelas sin tomar analgésicos.
- Los analgésicos me alivian completamente el dolor. Los analgésicos me alivian moderadamente el dolor. Los analgésicos me alivian muy poco el dolor.
- Los analgésicos no tienen efecto sobre el dolor y no los uso.

SECCIÓN 2 — CUIDADO PERSONAL (Vestirse)

- Puedo cuidarme normalmente sin que aumente el dolor.
- Puedo cuidarme normalmente, pero me aumenta el dolor.
- Me duele cuidarme y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- Necesito algo de ayuda, pero me encargo de la mayor parte de mi cuidado personal. Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
- No me visto. Me lavo con dificultad y me quedo en cama.

SECCIÓN 3 - LEVANTAR OBJETOS

- Puedo levantar objetos pesados sin que aumente mi dolor. Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un lugar conveniente.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos ligeros o medianos.
- Solo puedo levantar objetos muy ligeros.
- No puedo levantar ni cargar nada.

SECCIÓN 4 — CAMINAR

- El dolor no me impide caminar cualquier distancia. El dolor me impide caminar más de una milla. El dolor me impide caminar más de 1/2 milla.
- El dolor me impide caminar más de 1/4 de milla.
- Solo puedo caminar con bastón o muletas.
- Estoy en cama la mayor parte del tiempo.

SECCIÓN 5 — ESTAR SENTADO

- Puedo sentarme en cualquier silla el tiempo que quiera.
- Solo puedo sentarme en mi silla favorita el tiempo que quiera. El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- El dolor me impide estar sentado más de 30 minutos. El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos. El dolor me impide estar sentado en absoluto.

SECCIÓN 6 — ESTAR DE PIE

- Puedo estar de pie el tiempo que quiera sin que aumente mi dolor. Puedo estar de pie el tiempo que quiera, pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide estar de pie más de una hora.
- El dolor me impide estar de pie más de 30 minutos.
- El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar de pie en absoluto.

SECCIÓN 7 - DORMIR

- El dolor no me impide dormir bien. Solo puedo dormir bien usando medicamentos.
- Aun con medicamentos, duermo menos de 6 horas.
- Aun con medicamentos, duermo menos de 4 horas.
- Aun con medicamentos, duermo menos de 2 horas.
- El dolor me impide dormir por completo.

SECCIÓN 8 - VIDA SEXUAL

- Mi vida sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi vida sexual es normal, pero me aumenta un poco el dolor.
- Mi vida sexual es casi normal, pero es muy dolorosa.
- Mi vida sexual está muy limitada por el dolor.
- Mi vida sexual es casi nula debido al dolor.
- El dolor me impide tener vida sexual.

SECCIÓN 9 – VIDA SOCIAL

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor.
- El dolor no afecta mi vida social, excepto que limita mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo con tanta frecuencia.
- El dolor ha limitado mi vida social a mi hogar. No tengo vida social debido al dolor.

SECCIÓN 10 - VIAJAR

- Puedo viajar a cualquier lugar sin que aumente mi dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar, pero me aumenta el dolor.
- Mi dolor es fuerte, pero puedo hacer viajes de más de dos horas.
- Mi dolor me limita a viajes de menos de una hora.
- Mi dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de 30 minutos.
- Mi dolor me impide viajar, excepto a mis citas médicas o al hospital. **/Nombre en Letra de Molde:**_____

Nombre: «PatientFullName» Fecha Nac.: «PatientDOB» Pac. #: «PatientNumber»

Estimado(a) Paciente:

Florida Joint & Spine Institute ha seleccionado **MyHealthRecord.com** para su **acceso al portal del paciente**. Animamos a todos nuestros pacientes a registrarse en nuestro portal del paciente.

Desde el portal del paciente, usted puede ver un **resumen** de cada visita, intercambiar mensajes seguros con su **equipo de atención médica**, **solicitar citas**, **solicitar el resurtido de una receta** y **pagar su factura**.

Para registrarse en nuestro portal del paciente, debe recibir una invitación por correo electrónico de la oficina. Una vez que reciba la invitación, siga estas instrucciones para configurar su cuenta:

- Haga clic en el enlace del correo electrónico para acceder al portal (myhealthrecord.com).
- Ingrese su nombre exactamente como aparece registrado en la oficina. De lo contrario, se le negará el acceso.
- Ingrese su fecha de nacimiento.
- Ingrese el código postal de su dirección postal. Asegúrese de que tengamos registrado el código postal correcto, o se le negará el acceso.
- Una vez que toda la información se haya ingresado correctamente, se le pedirá crear un nombre de usuario y responder dos (2) preguntas de seguridad.
- Luego, se le pedirá confirmar su correo electrónico para continuar.
- Recibirá un correo electrónico con un código PIN. Debe ingresar el código PIN para crear su contraseña y continuar con el proceso de registro.
- Una vez completado el proceso, iniciará sesión en el portal con su nombre de usuario y contraseña.
- Se le pedirá aceptar el “Aviso Legal de Registro” (Registration Disclaimer) para continuar.

Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina al 863-385-2222 y un miembro de nuestro personal le ayudará.

Gracias,
Florida Joint and Spine Institute