



PAIN CLINIC OF NORTH CAROLINA

Gracias por elegir nuestro consultorio. Para poder atenderlo adecuadamente, necesitamos la siguiente información. **(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)**. Toda la información permanecerá confidencial.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy: ____ / ____ / 20__

Nombre del paciente: _____ marque uno: Masculino Femenino

N°. Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fec. Nac. ____ / ____ / ____ marque uno: Casado Soltero Separado Divorciado Viudo Otro

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____

Tel. del paciente: Casa: _____ Celular: _____

Nombre de la aseguradora: _____ N°. Póliza: _____

Titular de la póliza (si no es el paciente): _____ Relación: _____

Fec. Nac. ____ / ____ / ____ N°. Seguro Social: _____

Nombre y número del contacto de emergencia _____

¿Cómo supo de nosotros? _____

Médico de atención primaria _____ Ubicación: _____

Elección de farmacia _____ Ubicación/Número _____

ALERGIAS: _____

SIN ALERGIAS

Autorizo el tratamiento para mí/mi hijo/a según la información que he proporcionado sobre mis condiciones médicas anteriores/actuales. También autorizo la divulgación, basada en la Ley de Privacidad HIPAA, de cualquier información médica acerca de mi atención médica/de mi hijo/a, el asesoramiento y el tratamiento proporcionado sólo con el propósito de evaluar/administrar los reclamos de beneficios de seguro o la continuidad de la atención. Por la presente autorizo el pago del seguro directamente al Proveedor. También reconozco que la facturación de mi seguro no es una garantía de pago y soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi compañía de seguros. Yo también libero información a mi empleador con respecto a la Compensación para Trabajadores con Lesiones. **Los deducibles y copagos del seguro o los pagos de auto pago se deben hacer al momento del servicio.**

Firma del Padre/Tutor

Fecha: ____ / ____ / 20__

Testigo

Fecha: ____ / ____ / 20__



PAIN CLINIC OF NORTH CAROLINA

Nombre del paciente: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Por favor complete **TODA** la información solicitada)

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR: NINGUNO

<input type="checkbox"/>	SIDA o VIH	<input type="checkbox"/>	Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	Migrañas
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal
<input type="checkbox"/>	Problemas de la espalda	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Reflujo
<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	Infección de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	Embolia

Otros: _____

HOSPITALIZACIONES/CIRUGÍAS/ENFERMEDADES GRAVES ANTERIORES: NINGUNA

<input type="checkbox"/>	Apendectomía	<input type="checkbox"/>	Pie	<input type="checkbox"/>	Pulmón
<input type="checkbox"/>	Espalda	<input type="checkbox"/>	Vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	Cuello
<input type="checkbox"/>	Vasos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	Reparación de hernia	<input type="checkbox"/>	Oral
<input type="checkbox"/>	Intestino	<input type="checkbox"/>	Cadera	<input type="checkbox"/>	Senos nasales
<input type="checkbox"/>	Cerebro	<input type="checkbox"/>	Histerectomía	<input type="checkbox"/>	Estómago
<input type="checkbox"/>	Ojo	<input type="checkbox"/>	Articulaciones; rodilla/mano/muñeca/tobillo	<input type="checkbox"/>	Tiroides
<input type="checkbox"/>	Facial	<input type="checkbox"/>	Riñón	<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía
<input type="checkbox"/>	OTROS:				

Antecedentes familiares: NINGUNO

<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Diverticulitis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	Reflujo
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	Senos/Alergias
<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	Embolia
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Úlceras

NOMBRE TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES:

ANTECEDENTES SOCIALES:

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Vive con: Solo/a c/Cónyuge c/Familia Amigo/a

Antecedentes sociales: Tabaco: No Sí ppd: _____ años _____ Drogas recreativas: No Sí enliste: _____
Alcohol: No Sí (marque una opción) raramente moderadamente diariamente



PAIN CLINIC OF NORTH CAROLINA

Estatus laboral: Estudiante Empleado/a Desempleado/a Retirado/a Discapacitado/a

Acuse de recibo

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nuestro Aviso de Política de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y revelar su información médica protegida. También proporciona información sobre sus derechos como paciente de nuestra clínica y con quién se puede comunicar en nuestro consultorio para hacer preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha tenido la oportunidad de leer nuestro Aviso de Política de Privacidad para Pain Clinic of North Carolina. Las copias de nuestro Aviso de Política de Privacidad se encuentran en el vestíbulo de la clínica. Se pueden solicitar copias impresas en la recepción.

Su información médica puede consistir en elementos como diagnóstico, tratamientos, análisis clínicos, prescripciones y citas.

Firma del paciente, padre o tutor

HIPAA

INFORMACIÓN DE CONTACTO

(Por favor marque uno para cada pregunta)

¿Podemos llamar a su teléfono de casa? SÍ NO ¿del trabajo? SÍ NO
¿Podemos llamar a su teléfono celular? SÍ NO ¿en su celular? SÍ NO
¿Podemos dejar un mensaje en casa? SÍ NO

Podemos discutir su información médica con su:

¿Cónyuge? SÍ (nombre) _____ NO
¿Padre/Madre? SÍ (nombre) _____ NO
¿Otra persona? SÍ (nombre) _____ NO

Doy permiso al personal de Pain Clinic of North Carolina para que se comuniquen conmigo por **correo electrónico** con información relacionada con mi información médica protegida. También doy permiso al personal de Pain Clinic of North Carolina para que se comuniquen conmigo por **correo electrónico** con respecto a cualquier estado de cuenta o saldo adeudado en mi cuenta.

Eximo de responsabilidad a los proveedores y al personal de Pain Clinic of North Carolina por cualquier información que puedan recibir instituciones no autorizadas. Notificaré a Pain Clinic of North Carolina sobre cualquier cambio en mi dirección de **correo electrónico** para facilitar la recepción de información importante. Mi dirección de **correo electrónico** es:

Escriba con letra de molde