**Brain and Spine Institute of San Antonio**

12709 Toepperwein Rd, Ste 101, Live Oak, TX 78233

Phone: 210-625-4733 Fax: 210-625-4734

**PATIENT INFORMATION:**

□Dr. □Miss □Mr. □Mrs. □Ms. □Sir

 Name of patient (Last) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ml) \_\_\_\_ Previous Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address Line 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City, State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primary Care Provider (PCP) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Referring Provider\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rendering Provider Name (this practice) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth: MM\_\_\_\_\_\_\_\_/DD\_\_\_\_\_\_\_\_/YYYY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex: □Female □Male □Transgender

Race: □ American Indian/Alaska Native □Asian □Native Hawaiian/Pacific Islander □Black/African American □White □Hispanic □Other □Declined

Ethnicity: □Hispanic or Latino □Not Hispanic or Latino □Declined

Language: □English □Spanish □Indian □Japanese □Chinese □Korean □French □German □Russian □Other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marital Status: □Married □Single □Divorced □Widowed □Legally Separated □ Partner

Social Security Number: \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employer Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employment Status: □Full-time □Part-time □Not employed □Self-employed □Retired □Active Military

Student Status: □Full-time student □Part-time student □Not a student

Emergency Contact Last Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ First Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Do you have a living will? □Yes □No

Emergency Contact Relationship to Patient \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Guardian

Address Line 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City, State\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ext.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSIBLE PARTY INFORMATION:**

Responsible Party □ Another Patient □ Guarantor □ Self Check here if information is same as patient □

Responsible Party Name (Last) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_\_\_

Guarantor Account Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth: MM\_\_\_\_\_\_\_\_/DD\_\_\_\_\_\_\_\_/YYYY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sex: □ Female □ Male

Address Line 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City, State \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employer Phone Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIMARY INSURANCE INFORMATION**

Insurance Company \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name of Insured \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patient Relationship to Insured \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subscriber ID (policy Number) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Group ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Copay Amount \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Effective Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Termination Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth MM\_\_\_\_\_\_\_\_/DD\_\_\_\_\_\_\_\_/YYYY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECONDARY INSURANCE INFORMATION**

Insurance Company \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name of Insured \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patient Relationship to Insured \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subscriber ID (policy Number) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Group ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Copay Amount \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Effective Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Termination Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth MM\_\_\_\_\_\_\_\_/DD\_\_\_\_\_\_\_\_/YYYY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I agree that the information supplied on this form is accurate and up-to-date to the best of my knowledge.

**Patient (or Responsible Party) Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Brain and Spine Institute of San Antonio

Osama I Ahmed, MD / Toinette Garza, NP-C/Kimberly Ramos, NP-C

12709 Toepperwein Rd, Ste 101, Live oak, TX 78233

Phone: (210) 625-4733 | Fax: (210) 625-4734

En Brain and Spine Institute of San Antonio, nuestros proveedores se esfuerzan por proporcionar las opciones de tratamiento neuroquirúrgico más actualizadas con el máximo cuidado. Para proporcionar la mejor experiencia, le pedimos a cada paciente que revise las políticas a continuación. Por favor, indique su comprensión a continuación:

A los pacientes nuevos en la oficina se les pedirá que lleguen 30 minutos antes de su cita programada. La primera cita requerirá más tiempo para obtener la historia médica, familiar y social adecuada. Es responsabilidad del paciente tener registros pertinentes y/o conocimientos adecuados de sus condiciones médicas. La falta de información pertinente puede retrasar el tratamiento.

\_\_\_\_\_ Es responsabilidad del paciente proporcionar información actual del seguro e identificación adecuada. El paciente debe proporcionar el co-pago/coseguro antes de la cita. Si no lo hace, puede impedir la evaluación de un proveedor y/o causar un retraso en el tratamiento. Cualquier saldo restante después de que se facture a la compañía de seguros es responsabilidad del paciente.

\_\_\_\_\_\_ Si es necesario discutir varios problemas/condiciones, se puede requerir una segunda cita a discreción del proveedor.

\_\_\_\_\_\_ Si se han realizado imágenes antes de la visita a la oficina, es responsabilidad del paciente llevar los archivos de imágenes en un CD. Si el centro de imágenes ofrece enviarlo por correo a la oficina, rechace la solicitud y traiga el CD con usted. Nuestra oficina no tiene acceso electrónico a todos los centros de imágenes. La falta de imágenes puede causar un retraso en el tratamiento.

\_\_\_\_\_\_ Los resultados no se discutirán por teléfono en lugar de una cita de oficina. Si se solicita una consulta telefónica, se requerirá un copago por adelantado.

\_\_\_\_\_\_ Para los pacientes no asegurados/auto-pagados, la tarifa de visita para la cita será requerida antes de ver a un proveedor.

\_\_\_\_\_\_ El uso del teléfono celular en la sala de examen está prohibido. El uso del teléfono celular para grabar una conversación está prohibido. El proveedor no discutirá la atención del paciente por teléfono con nadie que no sea el paciente o el poder notarial aprobado. El proveedor no participará en videoconferencias. El incumplimiento de estas normas puede impedir el tratamiento.

\_\_\_\_\_ Las cancelaciones o cambios en la hora de la cita deben ocurrir 24 horas antes de la cita programada para no ser considerado un “No Show”. Es responsabilidad del paciente notificar la práctica dentro del tiempo especificado. Si un paciente tiene tres (3) violaciones, la práctica se reserva el derecho de despedir al paciente de la práctica.

\_\_\_\_\_\_ Nuestros proveedores no dispensan narcóticos para el dolor crónico. Si se requiere control del dolor, nuestros proveedores pueden enviar una referencia a un médico de manejo del dolor.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido del paciente (impreso) | Nombre del paciente (impreso) | Ml | Fetcha de nacimiento (MM/DD/AAAA) |

**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LA CADERA DEL PACIENTE AA**

##  Aviso de Prácticas/clínicas de Privacidad

(Iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso de Práctica de Privacidad, que describe las formas en que la práctica/clínica puede usar y divulgar mi información médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos, entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser revelada electronicamente por el Proveedor y/o los socios comerciales del Proveedor. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Práctica de Privacidad.

## Divulgaciones a amigos y/o familiares

**DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU CONDICION MEDICA? SI SI, A QUIEN?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Relacion |  | Numero de contacto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Doy permiso para que mi Información de Salud Protegida sea revelada con el propósito de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de cuidado a los miembros de la familia y otras personas enumeradas a continuación:

El Paciente/Representante puede revocar o modificar esta autorización específica y que la revocación o modificación debe ser por escrito.

Comunicaciones sobre Mi Atención Médica

Acepto que el Proveedor o un agente del Proveedor o un consultorio médico independiente pueden ponerse en contacto conmigo para los fines de programar las visitas de seguimiento necesarias recomendadas por el médico tratante.

Consentimiento para fotografiar u otra grabación para operaciones de seguridad y/o atención médica

Doy mi consentimiento para fotografías, grabaciones digitales o de audio, y/o imágenes de mí que se graban para la atención del paciente, fines de seguridad y / o los propósitos de operaciones de atención médica de la práctica /clínicas (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que la práctica/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente factible a menos que la ley prohíba lo contrario. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones se almacenarán y protegerán de forma segura. Las imágenes y/o grabaciones en las que me identifiquen no serán liberadas y/o utilizadas fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mí o de mi representante legal a menos que la ley permita o exija lo contrario.

Consentimiento para el correo electrónico, teléfono celular o uso de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o numero de teléfono celular en el que pueda ser contactado, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atencion medica a la dirección de correo electrónico o de texto que he proporcionado o usted o su administrado de EBO han obtenido, en cualquier numero de texto reenviado, o transferido de ese numero. Estas instrucciones pueden incluir, pero no limitarse a: instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de prescripción. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, pero no se limitan a, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o condición, o mensajes de recordatorio para mí con respecto a las citas para atención médica.

Nota: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La práctica/clínica no cobra por este servicio, pero las tarifas de mensajería de texto estándar o los minutos de teléfono celular pueden aplicarse según lo dispuesto en su plan de servicio móvil (póngase en contacto con su operador para obtener planes de precios y detalles).

**Nota:** Esta ubicación utiliza un Registro Electrónico de Salud que actualizará todos sus datos demográficos y consiente la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad a todas nuestras ubicaciones afiliadas que comparten un registro médico electrónico en el que tenga una relación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consentimiento del paciente para las comunicaciones financieras

**Acuerdo financiero**

       Reconozco, que como cortesía, BRAIN Y SPINE INSTITUTO DE SAN ANTONIO puede facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me han proporcionado.

       Acepto pagar por servicios que no están cubiertos o cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluyendo, pero no limitado a cualquier copago, coseguro y / o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.

       Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos.

**Colección de terceros.** Reconozco que BRAIN Y SPINE INSTITUTE OF SAN ANTONIO pueden utilizar los servicios de un socio comercial externo o entidad afiliada como una oficina comercial extendida ("EBO Servicer") para la facturación y el servicio de cuentas médicas.

**Asignación de Beneficios.** Por la presente cedo a BRAIN Y SPINE INSTITUTE OF SAN ANTONIO cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que me proporcionen. Entiendo que BRAIN AND SPINE INSTITUTE OF SAN ANTONIO tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a BRAIN AND SPINE INSTITUTE OF SAN ANTONIO, acepto reenviar todos los seguros de salud o pagos de terceros que recibo por los servicios que me prestan inmediatamente después de recibirlos.

**Certificación del Paciente de Medicare y Asignación de Beneficios.** Certifico que cualquier información que proporcione, si la hay, al solicitar el pago bajo el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito el pago de beneficios autorizados que se realizarán en mi nombre a BRAIN AND SPINE INSTITUTE OF SAN ANTONIO por parte del programa Medicare o Medicaid.

**Consentimiento para llamadas telefónicas para comunicaciones financieras.** Estoy de acuerdo en que, para el BRAIN Y SPINE INSTITUTE OF SAN ANTONIO, o Extended Business Office (EBO) Servicers y agentes de cobro, para dar servicio a mi cuenta o para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, acepto y consiente expresamente que BRAIN Y SPINE INSTITUTE OF SAN ANTONIO o EBO Servicer y agentes de cobro pueden ponerse en contacto conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono, sin limitación de servicio móvil, he proporcionado o BRAIN Y SPINE INSTITUTO DE SAN ANTONIO o EBO Servicer y agentes de cobro han obtenido o, en cualquier número de teléfono reenviado o transferido de ese número, con respecto a los servicios prestados, o mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el use de mensajes de voz pregrabados/artificales y/o el uso de un dispositivo de mercado automatico, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará válida como el original.

**Firma del representante del paciente/paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si usted no es el paciente, por favor identifique su relación con el paciente. Círculo o marcar las relaciones de la lista a continuación:

Esposa Garante de cónyuges

Padre Poder de abogado de atención médica para padres

Guardián Legal Otro (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Brain and Spine Institute of San Antonio**

12709 Toepperwein Rd, Ste 101, Live Oak, TX 78233

 Phone: 210-625-4733 Fax: 210-625-4734

**Nueva historia de la salud del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ WT: \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: (Por favor, circule todos los que correspondan)

\_\_\_ Asma

\_\_\_ Gastrointestinal

\_\_\_ Problemas de la vejiga

\_\_\_ Juandice

\_\_\_ Trastorno Psiquiátrico

\_\_\_ Tuberculosis

\_\_\_ Hígado

\_\_\_ Diabetes

\_\_\_ Próstata

\_\_\_ Enfermedad de la piel

\_\_\_ Enfermedad de las

\_\_\_ Articulaciones

\_\_\_ Trazo

\_\_\_ Coágulos de Sangre

\_\_\_ Cáncer de pulmón

\_\_\_ Epilepsia

\_\_\_ Presión arterial alta

\_\_\_ Convulsiones

\_\_\_ Depresión

\_\_\_ Ansiedad

\_\_\_ Gota

\_\_\_ Alcoholismo

\_\_\_ Enfermedad renal

\_\_\_ Tiroideo

\_\_\_ Enfermedades del corazon

## Surgical History: (Month/Year)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: (Compruebe si algún pariente de sangre ha tenido alguno de los siguientes)

Indique qué pariente inmediato **Madre/Padre/Hermano/Hermana SOLAMENTE**

**\_\_\_ Diabetes**

**\_\_\_ Enfermedades del corazón**

**\_\_\_ Migrañas**

**\_\_\_ Alcoholismo**

**\_\_\_ Cáncer**

**\_\_\_ Artritis**

**\_\_\_ Osteoporosis**

**\_\_\_ Anemia**

**\_\_\_ Problema de tiroides**

**\_\_\_ Presión arterial alta**

**\_\_\_ Enfermedad mental**

**\_\_\_ Colesterol alto**

**\_\_\_ Glaucoma**

**\_\_\_ Trazo**

**\_\_\_ Convulsiones**

**\_\_\_ Alergias**

**\_\_\_ Enfermedad de Meniere**

**\_\_\_ Asma**

**\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Historia Social:

¿Fuma actualmente o lo ha hecho anteriormente? Y/N Si es así, ¿cuántos cigarrillos por día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol? Y/ N ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usas drogas ilegales? Y/ N Si es así, ¿qué usas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Bebes cafeína? Y / N Si es así, cuántas tazas/latas por semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es tu ocupación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ultimas fechas de las siguientes pruebas: A1C: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Mamografía: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Colonoscopy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿La última vacuna contra la gripe? Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Facilidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ultima vacuna de neumovax (neumonía): Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Facilidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTAS DE LA OFICINA DE BACK:

 **Brain and Spine Institute of San Antonio**

12709 Toepperwein Rd, Ste 101, Live Oak, TX 78233

 Phone: 210-625-4733

Fax: 210-625-4734

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Constitucional**

Suda

Aumento de peso

Pérdida de peso

Fiebre

Fatiga

Dificultad para dormir

              **Psiquiátrico**

Claustrofobia

Depresión

Nerviosismo

Alucinaciones

Paranoia

              **Oreja, nariz y garganta**

Pérdida auditiva

Timbre en los oídos

Congestión sinusal

Sangrados nasales

Dolor de garganta

Dificultad para tragar

Dientes sueltos

              **Respiratorio**

Tos crónica

Apnea del sueño

Dificultad para respirar

Asma

Sibilancias

Producción de esputo

              **Cardiovascular**

Dolor torácico

Latidos cardíacos irregulares

Hinchazón en piernas/pies

              **Gastrointestinal**

Acidez

Estreñimiento

Diarrea

Náuseas

Sangre en las heces

Incontinencia

**Genitourinarias**

Incontinencia

Micción dolorosa

Frecuencia urinaria

Urgencia

Problemas de próstata

Impotencia

**Musculoesqueléticos**

Dolor articular

Dolores

Dolor de hombro

Dolor de espalda

Dolor de cuello

Espasmos musculares

**Hematológicas**

Anemia

Hematomas

Trastornos de la coagulación

**Neurológicos**

Mareos

Pérdida de conciencia

Temblor

Dificultad para encontrar palabras

Golpe

Meningitis

Debilidad facial

Convulsiones

Espasmos

Dificultad de equilibrio

Pérdida de memoria

Jaquecas

Visión doble

Visión borrosa

Perdida de la vision

Entumecimiento/hormigueo (si es así, donde)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anemia

Bruising

Clotting disorders

**Neurological**

Dizziness

Loss of Consciousness

Tremor

 **Brain and Spine Institute of San Antonio**

12709 Toepperwein Rd, Ste 101, Live Oak, TX 78233

Phone: 210-625-4733 Fax: 210-625-4734

 **Registro de Medicamentos**

**Nombre Completo del Paciente: DOB:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alergias y reacciones a los medicamentos:** |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **RÉGIMEN DE MEDICACIÓN ACTUAL** |   |   |   |
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DOSIS/SIG | FechaComenzó | FechaDetenido | RAZON TOMADO |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| INFORMACION ADICIONAL: |   |   |   |
| Farmacia: |   |   | TELÉFONO DE FARMACIANúmero: |