



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

Información Del Paciente:

Dr. Miss Mr. Mrs. Ms. Sir

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____

Nombre Anterior _____ Fecha de Nacimiento: MM _____ / DD _____ / YYYY _____

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código postal _____

Teléfono Preferido _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono del Trabajo _____ Ext. _____

Doctor de Atención Primaria (PCP) _____

Doctor Referente _____

Médico de Renderizado (esta practica) _____

Sexo: Femenino Masculino Transgénero

Raza: Indio Americano Afroamericano Caucásico Hispano Otro _____ Rechazado

Etnicidad: Hispano or Latino No Hispano or Latino Declinado a Especificar

Idioma: Inglés Español Indio Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Legalmente Pareja

Número de Seguridad Social: _____ - _____ - _____

Nombre del Empleador: _____

Estado de Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Desempleado Trabajadores por Cuenta Propia Retirado

Militar Activo

Estado de Estudiante: Estudiante de Tiempo Completo Estudiante de Medio Tiempo No Estudiante

Contacto de Emergencia: Apellido _____ Primer Nombre _____

No. de Teléfono _____ ¿Tienes un testamento en vida? Si No

Relación de Contacto de Emergencia con el Paciente _____ Guardián

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

Ext. _____



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

Información De Los Asegurados:

Parte responsable Otro Paciente Garante Yo Mismo Marque aquí si la información es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable (Apellido) _____ (Primer) _____ (MI) _____

Número de Cuenta del Garante _____

Fecha de Nacimiento: MM _____ / DD _____ / YYYY _____

Número de Seguridad Social: _____ - _____ - _____ Teléfono _____

Dirección de Correo Electrónico _____ Sexo: Femenino Masculino

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Estado de Empleo _____

Número de Teléfono del Empleador _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre de la Compañía _____ Teléfono _____

Nombre del Asegurado _____ Relación del Paciente con el Asegurado _____

Fecha de Nacimiento MM _____ / DD _____ / YYYY _____

Identificación de Suscriptor (número de póliza) _____ Identificación del Grupo _____

Fecha Efectiva _____ Copago _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la Compañía _____ Teléfono _____

Nombre del Asegurado _____ Relación del Paciente con el Asegurado _____

Fecha de Nacimiento MM _____ / DD _____ / YYYY _____

Identificación de Suscriptor (número de póliza) _____ Identificación del Grupo _____

Fecha Efectiva _____ Copago _____

Acepto que la información proporcionada en este formulario es precisa y está actualizada a mi leal saber y entender.

Firma de Paciente (o parte responsable) _____ Fecha _____



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

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

Por favor inicial:

_____ 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.

_____ Se permitirá un período de gracia de 15 minutos para demoras imprevistas que un paciente pueda encontrar mientras viaja a la ubicación de la clínica para su cita. Si un paciente llega más de 15 minutos tarde a su cita, el paciente será reprogramado para una fecha posterior.



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

_____ El paciente tiene permitido un invitado adicional a su cita. Los niños menores de 12 años están prohibidos en la sala de examen.

_____ 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.

_____ **Para pacientes quirúrgicos no electivos/emergentes:** El hospitalista del paciente administrará medicamentos para el dolor durante el período posoperatorio. Si se necesita un control prolongado del dolor después de la cirugía, será necesario establecer atención con un médico de control del dolor.

_____ **Para pacientes quirúrgicos electivos:** Las instrucciones preoperatorias y las recetas se proporcionarán en el consultorio antes de la cirugía programada.

_____ Nuestra práctica no proporciona recarga de medicamentos. Cualquier receta dada proporcionará una cobertura adecuada entre citas. Si se debe hacer una excepción, el paciente deberá venir a la oficina para una consulta.

_____ El papeleo de licencia por discapacidad, a corto y largo plazo está reservado para pacientes tratados con cirugía por el Brain & Spine Institute of San Antonio. Cualquier papeleo completado por nuestros proveedores requerirá un prepago de \$25 por juego de formularios y puede tardar de 7 a 10 días hábiles en completarse. No espere que el papeleo se complete con poca antelación. Este papeleo lleva mucho tiempo y requiere una documentación detallada que no debe apresurarse.

_____ Si hay una emergencia médica en cualquier momento, llame al 911. Si necesita atención médica durante el horario comercial habitual, llame a la oficina y se hará todo lo posible para programar una cita con prontitud.

_____ Si necesita atención médica debido al dolor después del horario laboral habitual, diríjase al centro de atención de urgencia más cercano.

_____ Nuestros proveedores no llamarán para pedir recetas fuera del horario de atención. Los analgésicos se reservan para los pacientes que han sido tratados con cirugía. El control del dolor a largo plazo requerirá la remisión a un médico de control del dolor.

(Nombre del paciente impreso)

____/____/_____
(Fecha)

(Firma del paciente)

(Testigo o poder médico)

____/____/_____
(Fecha)



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LA CADERA DEL PACIENTE

Apellido del paciente (impreso)	Nombre del paciente (impreso)	MI	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
---------------------------------	-------------------------------	----	----------------------------------

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 electrónicamente 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, A QUIEN?

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.

Nombre	Relacion	Numero de contacto

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 número de teléfono celular en el que pueda ser contactado, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica a la dirección de correo electrónico o de texto que he proporcionado o usted o su administrado de EBO han obtenido, en cualquier número de texto reenviado, o transferido de ese número. Estas instrucciones pueden incluir,



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

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.

Liberación de información

Por la presente, permito que la práctica/clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica relacionada con servicios anteriores en otros proveedores afiliados puede estar disponible para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del Paciente para verificar preguntas sobre la cobertura o el pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados están relacionados con un reclamo de compensación para trabajadores.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o proveedores para el pago de un reclamo de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, historial y examen físico, registros de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen de alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que este centro participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información médica entre sí para lograr objetivos que puede incluir pero no limitarse a; mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y cualquier otro fin que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de dichas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y/o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores de todas las páginas y consiento total y voluntariamente a su contenido.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

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 INSTITUTO 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 INSTITUTO 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 INSTITUTO 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 INSTITUTO 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 INSTITUTO 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 INSTITUTO OF SAN ANTONIO, o Extended Business Office (EBO) Servicer 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 INSTITUTO 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/artificiales y/o el uso de un dispositivo de mercado automático, 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
Padre
Guardián Legal

Garante de cónyuges
Poder de abogado de atención médica para padres
Otro (especificar) _____



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

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)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Articulaciones | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Juandice | <input type="checkbox"/> Trazo | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> Tiroideo |
| <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedades del |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | corazón |
| <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |

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**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trazo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Meniere |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Problema de tiroides | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | |



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

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? _____

Últimas fechas de las siguientes pruebas: A1C: ___/___/___ Mamografía: ___/___/___ Colonoscopia: ___/___/___

¿La última vacuna contra la gripe? Fecha: ___/___/___ Facilidad: _____

Ultima vacuna de neumovax (neumonía): Fecha: ___/___/___ Facilidad: _____

NOTAS DE LA OFICINA DE BACK:



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

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 visión
Entumecimiento/hormigu
eo (si es así, donde)



**BRAIN &
SPINE INSTITUTE**
OF SAN ANTONIO

Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

Registro de Medicamentos

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

**Alergias y reacciones a los
medicamentos:**

--

RÉGIMEN DE MEDICACIÓN

**incluyendo medicamentos de venta
libre, vitaminas y suplementos*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO*	DOSIS/SIG	Fecha Comenzó	Fecha Detenido	RAZON TOMADO

INFORMACION ADICIONAL:

Farmacia:	TELÉFONO DE FARMACIA Número:
-----------	---------------------------------



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Ramos, NP-C / Ashley Witkowski, PA-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • www.bsiofsa.com

Política de Citas Incumplidas

Nuestra práctica está dedicada a la atención de calidad y un servicio excepcional. Nuestros proveedores médicos y todo el equipo pasan mucho tiempo preparándose para su visita. Las citas rotas o perdidas crean múltiples problemas de programación para todo nuestro equipo, así como para otros pacientes programados. Cuando tiene una cita programada con nuestra oficina, se reserva un horario específico específicamente para usted y sus necesidades médicas que involucra a todo el personal. Para ser respetuosos con las necesidades de todos nuestros pacientes de BSISA, hemos creado la siguiente Política de citas incumplidas. apreciamos su comprensión.

Le solicitamos que le dé a nuestro equipo un aviso de al menos **48 horas** en caso de que necesite reprogramar su cita. Esto nos dará tiempo para hacer todos los esfuerzos posibles para acomodar a otros pacientes. Si pierde una cita sin comunicarse con nuestra oficina dentro del marco de tiempo requerido, esto se considera una cita interrumpida. Se le cobrará una tarifa de **\$50.00** por esa cita cancelada. Esta tarifa no se puede facturar a su compañía de seguros y usted será directamente responsable de esa tarifa/pago. El pago vencerá antes de cualquier servicio adicional prestado, incluida la reprogramación de la cita.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta política, hable con uno de los miembros de nuestro personal de recepción y estaremos encantados de aclarar cualquier pregunta que pueda tener.

¡Le agradecemos su patrocinio!

He leído y entiendo la Política de Citas Interrumpidas del Instituto de Brain and Spine Institute of San Antonio y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta), he recibido una copia de la Política de Citas Interrumpidas de Brain and Spine Institute of San Antonio.

Signature of Patient

Date