



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Guajardo, NP-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • [www.bsiofsa.com](http://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 Guajardo, NP-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • [www.bsiofsa.com](http://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 Guajardo, NP-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • [www.bsiofsa.com](http://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 Guajardo, NP-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • [www.bsiofsa.com](http://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 Guajardo, NP-C

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



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Guajardo, NP-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • [www.bsiofsa.com](http://www.bsiofsa.com)

---

## 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,

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.



Osama Ahmed, MD, FAANS

Toinette Garza, NP-C / Kimberly Guajardo, NP-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • [www.bsiofsa.com](http://www.bsiofsa.com)

---

- 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 Guajardo, NP-C

12709 Toepperwein Rd, Suite 101, Live Oak, TX 78233 • O: 210-625-4733 • F: 210-625-4734 • [www.bsiofsa.com](http://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 consiento 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](http://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](http://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](http://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)

---





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](http://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 **\$100.00** 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