



# DESERT PINES *¡Bienvenidos!*

## REHABILITATION

— AUTO INJURY CARE —

Información De Paciente Nuevo  
(O Nueva Información)

### INFORMACION DEL PACIENTE (Patient Information)

Fecha      /      /      Nombre       
Date Name (Apellido, Last) (Primer, First) (Inicial, Initial)

Fecha de Nacimiento      /      /      Edad      Sexo:  M  F  
Date of Birth Age Sex

# de Seguro Social      Estado Matrimonial:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  
Social Security # Marital Status Single Married Divorced Widowed

Domicilio      #Apt       
Address

Ciudad      Estado      Código       
City State Zip Code

# Teléfono      # Celular      # Trabajo       
Telephone # Mobile # Work #

Correo Electrónico      Ocupación      Empleador       
E-mail Occupation Employer

Medico Familiar      # Oficina      # Fax       
Primary Physician Phone # Fax #

Contacto de Emergencia      Relación      # Teléfono       
Emergency Contact Relationship Telephone #

Esposo/a      # de Seguro Social      Fecha de Nacimiento      /      /       
Spouse Name Social Security # Date of Birth

### QUEJAS PRINCIPALES (Chief Complaints)

Quejas Principales       
Chief Complaints

Causa de las Quejas       
Cause of Chief Complaints

Cuando empezaron los síntomas?       
When did the symptoms appear?

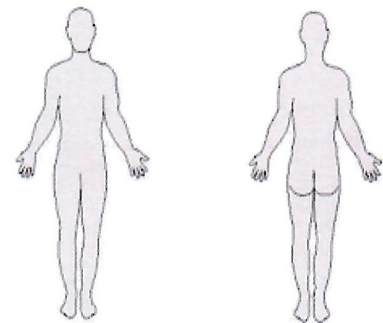
Qué tratamiento ha recibido por esta condición?  
What treatment have you received for this condition?

- Medico  Quiropráctico  Terapia Física  Ningún  
Medical Chiropractic Physical Therapy None

Marque el nivel de su dolor de 0 (No dolor) a 10 (dolor severo)       
Severity of your pain on a scale from 0 (no pain) to 10 (severe pain)

Esta embarazada?  Si  No  Hombre  
Are you Pregnant? Yes No Male

Medicamento que esta usando:       Ningún  
Medications you are currently taking None



Marque sus áreas de síntomas  
Shade in your areas of complaint above

### HISTORIA MEDICA PASADA (Medical History)

Heridas      Fecha       
Injuries Date

Enfermedades      Fecha       
Illnesses Date

Cirugías      Fecha       
Surgeries Date



## INFORMACIÓN DE ASEGURANZA (Insurance Information)

**Aseguranza Primaria:** \_\_\_\_\_ **# Teléfono** \_\_\_\_\_  
Primary Insurance Telephone #  
**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_  
Address City State Zip Code  
**Nombre del Asegurado** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Name of Policy Holder Date of Birth  
**Relación al Paciente** \_\_\_\_\_ **Nombre de Empleador** \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient Employer  
**# de Identificación** \_\_\_\_\_ **# de Grupo** \_\_\_\_\_ **# de Seguro Social** \_\_\_\_\_  
Member ID # Group ID # Social Security #

**Aseguranza Secundaria:** \_\_\_\_\_ **# Teléfono** \_\_\_\_\_  
Secondary Insurance Telephone #  
**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_  
Address City State Zip Code  
**Nombre del Asegurado** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Name of Policy Holder Date of Birth  
**Relación al Paciente** \_\_\_\_\_ **Nombre de Empleador** \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient Employer  
**# de Identificación** \_\_\_\_\_ **# de Grupo** \_\_\_\_\_ **# de Seguro Social** \_\_\_\_\_  
Member ID # Group ID # Social Security #

## AUTHORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE ASEGURANZA

### CONFORMIDAD HIPAA

HIPAA Compliance

- Su información no se va a compartir con nadie al menos que se para prevenir amenaza a su salud o a la salud de otros. Your personal health information cannot be shared unless to prevent serious threat to your health or others.
- Podemos revelar su información cuando sea mandado por ley. Your personal health information may be disclosed, if required to do so by law.
- Usted tiene el derecho de acceder su expedientes medico y de cuentas. You have the right to access your medical file and billing records.
- Usted tiene el derecho a pedir que enmendemos su información medica. You have the right to request that we amend your information.
- Usted tiene el derecho a revocar cualquier autorización que nos a dado en escrito. You may revoke any written authorization given us.
- Todas peticiones deber ser presentadas a esta oficina en escrito. All requests must be presented to this office in writing.

Yo doy autorización que se discuta mi tratamiento con \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_  
I allow my treatment to be discussed with: Relationship

### ASIGNACIÓN DE SEGUROS Y LIBERACIÓN

Insurance Assignment and Release

La susodicha información es verdadera al mejor de mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguros para ser pagadas directamente al médico. También autorizo **DESERT PINES REHABILITATION** o compañía de seguros para liberar cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones. Entiendo que esto es mi responsabilidad de asegurarme que mi cuenta sea pagada por mi compañía de seguros. He verificado con mi compañía de seguros que **DESERT PINES REHABILITATION** es un proveedor participante. Entiendo que soy totalmente económicamente responsable si hay alguna reclamación impagada por mi compañía de seguros por alguna razón. **DESERT PINES REHABILITATION** es conforme a las regulaciones de intimidad HIPAA. Entiendo que puedo obtener una copia del documento solicitándolo en Adelanto en escrito.

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits to be paid directly to DESERT PINES REHABILITATION. I authorize DESERT PINES REHABILITATION to release any information required to process my claims. I understand it is my responsibility to make sure my account is paid by my insurance company. I have verified with my insurance company that DESERT PINES REHABILITATION is a participating provider. I understand that I am fully financially responsible if there are any unpaid claims by my insurance company for any reason.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Patient Signature Date

### MEDICARE / MEDIGAP AUTORIZACION

Medicare / Medigap Authorization

Solicito que el pago Medicare se beneficie y, de ser aplicable, ventajas de Medigap, ser hecho o de mi parte a **DESERT PINES REHABILITATION** por cualquier servicio dado a mí pore se proveedor. Al grado permitido según la ley, autorizo a cualquier sostenedor de la información médica u otra sobre mí para liberar a los Centros de Medicare y Asistencia médica, mi asegurador Medigap, y sus agents cualquier información que determinara estas ventajas para servicios relacionados.

I request that payment of authorized Medicare benefits and (if applicable) Medigap benefits, be made either to me or on my behalf to DESERT PINES REHABILITATION for any services furnished to me by that provider. To the extent permitted by law, I authorize any their agents any information needed to determine these benefits for related services.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Patient Signature Date



## Información de accidente (Vehicle Accident Information)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha del accidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Patient Name (Apellido, Last) (Primer, First) (Inicial, Initial) Date of Accident

Describa el accidente: \_\_\_\_\_  
Describe the accident.

Usted era el/la:  Conductor/a  Pasajero de enfrente  Pasajero de atrás  Otro \_\_\_\_\_  
Where you the: Driver Front seat passenger Rear passenger Other

Modelo del vehiculo suyo: \_\_\_\_\_  
Model of Vehicle you were in:

Velocidad de su vehiculo: \_\_\_\_\_  
Speed of your vehicle:

Modelo de otro vehiculo: \_\_\_\_\_  
Model of the other Vehicle:

Velocidad de otro vehiculo: \_\_\_\_\_  
Speed of the other Vehicle:

**Muestre la forma en que ocurrió el accidente**  
Show how the accident happened

Tenia su cinturón de seguridad puesto:  Si  No  
Were you wearing your seat belt? Yes No

Se abrió la bolsa de aire:  Si  No  No hay bolsa de aire  
Did your airbag deploy? Yes No No airbag

Al tiempo del impacto usted miraba ase:  Adelante  No estoy seguro  Abajo  Izquierda  Derecha  
At time of impact you were looking: Straight Ahead Ahead, but not sure Down Left Right

Se preparo para el impacto:  Si  No  
Did you brace yourself for the impact? Yes No

Se lastimo su cabeza / cuerpo dentro del vehiculo:  No  Si Mi \_\_\_\_\_ Pego \_\_\_\_\_  
Did your head / body strike anything inside the vehicle? No Yes My Struck the

Se desmayo inmediatamente después del accidente:  No  Si  No se  
Were you unconscious immediately after the accident? No Yes Unsure

Llego la policia al lugar del accidente:  Si  No Se hizo un reporte de policia:  Si  No  No se  
Did the police come to the accident site? Yes No Was a report filed? Yes No Unsure

Dano visible a su vehiculo:  No Se  Sin danos visibles  Leve  Moderado  Fuerte  Totaled  
Visible damage to your vehicle Unknown No visible damage Minor Moderate Heavy Totaled

Dano visible al otro vehiculo:  No se  Sin danos visibles  Leve  Moderado  Fuerte  Totaled  
Visible damage to other vehicle Unknown No visible damage Minor Moderate Heavy Totaled

La grúa se llevo su carro?  Si  No  No se  
Was your vehicle towed? Yes No Unknown

Llegaron la ambulancia / paramedicos al accidente?  Si  No  
Did an ambulance / paramedics come to the scene? Yes No

Como se fue del accidente?  Ambulancia  Manejo a casa  Me manejaron a casa  Me manejaron al hospital  
How did you leave the accident site? Ambulance Drove home Was driven home Was driven to hospital

Fue a un hospital o medico?  No  Si A Cual? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Did you go to a hospital or doctor? No Yes Which one? When?

Tratamientos recibidos:  Exam  Rayos-X  Injeccion  Rx Meds  Liberado  Admitido  
Treatments received: Exam X-rays Injection Rx prescriptions Released Admitted

Tratamientos en casa:  Ninguno  Reposo  Paquete caliente  Paquete frio  Meds de tienda  
Home treatments: None Rest Home heat pack Home cold pack OTC medications

Sus síntomas están empeorando?  No  Si  Lo mismo  
Are your symptoms getting worse? No Yes Staying the same

Ha faltado del trabajo debido a esta lesión:  No  Si Cuántos días \_\_\_\_\_  
Have you missed work due to this injury? No Yes How many days:

**Marque todos los síntomas que ha tenido desde su lesión:**  
Mark all symptoms you have had since your injury.

- |                                                                                 |                                                                                                  |                                                                          |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello<br><small>Neck Pain</small>            | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho / costillas<br><small>Chest / Ribs Pain</small>          | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br><small>Headache</small>      | <input type="checkbox"/> Sonido de oido<br><small>Ringin in ears</small> |
| <input type="checkbox"/> Dolor de media espalda<br><small>Mid Back Pain</small> | <input type="checkbox"/> Dolor de brazo / entumecimiento<br><small>Arm Pain / Numbness</small>   | <input type="checkbox"/> Mareos<br><small>Dizziness</small>              | <input type="checkbox"/> Perdida del sueno<br><small>Sleep Loss</small>  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de la cintura<br><small>Low Back Pain</small>    | <input type="checkbox"/> Dolor de piernas / entumecimiento<br><small>Leg Pain / Numbness</small> | <input type="checkbox"/> Vision borrosa<br><small>Blurred Vision</small> | <input type="checkbox"/> Otro _____<br><small>Other</small>              |

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Patient Signature Date

**DESERT PINES REHABILITATION**

3551 E. Bonanza Rd. #110 Las Vegas, NV 89110  
Ph: 702-437-0800 Fax: 702-437-7857

**DUTIES UNDER DURESS  
LOSS OF ENJOYMENT FORM**

Nombre de paciente \_\_\_\_\_  
Patient Name

Fecha \_\_\_\_\_  
Date

Mi **ESTADO DE TRABAJO** es: (My work status is)

- Trabajo Working
- Desempleado Unemployed
- Ama de casa Homemaker
- No trabajo a causa del dolor. Not working due to pain

¿Por qué continúas trabajando?  
Why have you continued to work?

- Perdería mi trabajo si deo de trabajar.  
I could lose my job if I took time off.
- No podría mantener a mi familia.  
I couldn't support my family otherwise.
- Mi negocio fallaría si deo de trabajar.  
My business could fail if I took time off.

Mi **ESTADO FAMILIAR** se describiría mejor como: (My family status would be described as)

- Soltero/a Single
- Soltero/a con niños. Single with kids.
- Número de niños en casa: \_\_\_\_\_  
Number of children at home.
- Casado/a Spouse only
- Casado/a con niños. Spouse and kids.
- Número de niños en casa: \_\_\_\_\_  
Number of children at home.

Actividades que causan dolor o dificultad en la **CABEZA, CUELLO o BRAZOS.**

Activities which cause HEAD, NECK, or ARMS pain or difficulty.

- Casi cualquier movimiento Almost any movement
- Levantar/cargar con los brazos Lifting/carrying with arms
- Lectura/concentración Reading/concentrating
- Mirar mientras manejando Looking while driving
- A levantarse Getting up from lying down
- Recordar o pensar Remembering

Actividades que causan dolor o dificultad de **ESPALDA o PIERNAS.**

Activities which cause BACK or LEGS pain or difficulty.

- Todos los movimientos All movements
- Estar de pie Standing
- Caminar Walking
- Subir escaleras Climbing stairs
- Agachar o doblar Bending
- Al torcerse Twisting
- Sesión prolongada Prolonged sitting
- Conducir/viajar Driving/traveling
- Entrar o bajar de un vehículo Getting in or out of a car
- Levantarse de sentarse Getting up from sitting

**ACTIVIDADES GENERALES** que causan dolor o dificultad.

GENERAL ACTIVITIES which cause pain or difficulty.

- Trabajar Working
- Tareas domésticas Household chores
- Autocuidado Self-care
- Dormir (Horas perdidas: \_\_\_\_\_) Sleep loss
- Misc: \_\_\_\_\_
- Jardineria Yard work
- Cuidar a la familia/niños Caring for family/children
- Socialización Socializing
- Actividad sexual Sexual activities