

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 Ciudad Estado Código
Address 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

Esposo/a Empleador # Trabajo
Spouse Employer Telephone #

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?

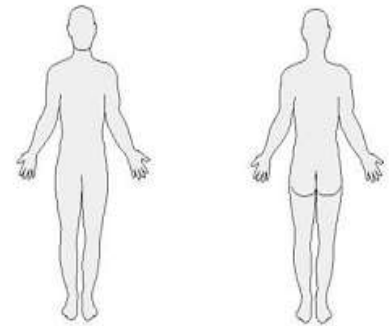
- Medico Quiropráctico Terapia Física Ningún
Medical Chiropractic Physical Therapy None

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)

- Tipo de Dolor: Agudo Leve Entumido Corriendo
Sharp Dull Numbness Shooting
- Ardiente Calambres Apretado Otro
Burning Cramping Stiffness Other

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)

Aseguradora 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 #

Aseguradora 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 por el 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)

Fecha: ____/____/____ Nombre del paciente _____
Date Patient Name (Apellido, Last) (Primer, First) (Inicial, Initial)

Fecha del accidente ____/____/____ Describe el accidente: _____
Date of Accident 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 vehículo suyo: _____
Model of Vehicle you were in:

Velocidad de su vehículo: _____
Speed of your vehicle:

Modelo de otro vehículo: _____
Model of the other Vehicle:

Velocidad de otro vehículo: _____
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 vehículo: 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 policía al lugar del accidente: Si No Se hizo un reporte de policía: 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 vehículo: No Se Sin danos visibles Leve Moderado Fuerte Totaled
Visible damage to your vehicle: Unknown No visible damage Minor Moderate Heavy Toted

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

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

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

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 _____

Fecha _____

Mi **ESTADO DE TRABAJO** es:

- Trabajo Desempleado Ama de casa No trabajo a causa del dolor.
¿Por qué continúas trabajando? Perdería mi trabajo si dejo de trabajar.
 No podría mantener a mi familia.
 Mi negocio fallaría si dejo de trabajar.

Mi **ESTADO FAMILIAR** se describiría mejor como:

- Soltero/a Soltero/a con niños. Número de niños en casa: _____
 Casado/a Casado/a con niños. Número de niños en casa: _____

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

- Casi cualquier movimiento Mirar mientras manejando
 Levantar/cargar con los brazos A levantarse
 Lectura/concentración Recordar o pensar

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

- Todos los movimientos Al torcerte
 Estar de pie Sesión prolongada
 Caminar Conducir/viajar
 Subir escaleras Entrar o bajar de un vehículo
 Agachar o doblar Levantarse de sentarse

ACTIVIDADES GENERALES que causan dolor o dificultad.

- Trabajar Jardinería
 Tareas domésticas Cuidar a la familia/niños
 Autocuidado Socialización
 Dormir (Horas perdidas: _____) Actividad sexual
 Misc: _____