

CONNECTICUT BACK CENTER

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Casa: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  S  C  D  V

Etnicidad: \_\_\_\_\_ ¿Eres un Veterano?  SI  NO

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Médico Remitente: \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

Seguro Primario:	Seguro Secundario:
ID#:	ID#:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular:	Fecha de nacimiento del titular:
Dirección del titular:	Dirección del titular:
Empleador:	Empleador:
Dirección:	Dirección:

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está la lesión relacionada con:  trabajo  accidente automovilístico Si es así, fecha del accidente: \_\_\_\_\_

¿Tienes un abogado?  Si  No Nombre: \_\_\_\_\_ # de tel: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ¡Bienvenidos a CBC! Pólizas de la Oficina

### Póliza de Cancelación:

Si no puede asistir a una cita, llame a la oficina para cancelarla al menos 24 horas antes de su cita. **Si no llama a la oficina y no se presenta a la cita, se le cobra \$50.00. Esta tarifa NO se factura a su compañía de seguros y deberá pagarla antes de ser atendido para su próxima cita.** Por supuesto, se tienen en cuenta las citas canceladas por inclemencias del tiempo, emergencias, enfermedades, etc.

### Pagos:

Se requieren copagos en el momento de su visita (este es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Debido a este acuerdo, su compañía de seguros nos exige que **cobremos su copago al momento del servicio**. Aquellos pacientes sin seguro médico (pago por cuenta propia) deberán pagar un depósito de \$200.00 en el momento de su visita y pagar cada visita posterior en la hora de la cita, a menos que se hagan otros arreglos con la oficina antes de la cita. Estas visitas se pagarán con tarjeta de crédito/débito.

**Si su compañía de seguros requiere un referido para ver a un especialista**, usted es responsable de obtener esa referencia, y su médico de atención primaria debe enviarla a nuestra oficina antes de su cita. Si no lo recibimos, tendrá que reprogramar su cita.

Si tiene un **reclamo de compensación laboral**, TODA la información relacionada con el reclamo debe ser recibida por nuestra oficina antes de ser atendido. Si estuvo involucrado en un **accidente automovilístico**, DEBEMOS tener una carta de su compañía de seguro de automóvil indicando si tiene o no cobertura médica (MEDPAY) con su póliza, antes de ser visto.

### Papeleo:

Si tiene documentación que requiere la finalización y firma del médico, complete su parte del formulario y envíelo por correo o tráigalo a la oficina. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para tener los formularios listos para su recogida, por correo o fax dentro de 7 a 10 días hábiles. **Tenga en cuenta que hay un cargo de \$30.00 por finalización de la documentación válida por 1 año a partir de la fecha de pago. Si estás solicitando sus registros médicos, hay una tarifa de \$0.65 por página, a menos que se envíen directamente a otro proveedor.**

### Póliza de Alta:

Es póliza de esta práctica mantener una relación médico-paciente de cooperación y confianza con sus pacientes. Cuando dicha relación médico-paciente no se haya formado o una relación médico-paciente ya no se desarrolla de una manera mutuamente productiva, es póliza de esta práctica terminar la relación médico-paciente dentro de los límites de las leyes estatales y federales aplicables, Reglas y regulaciones; las pautas de la Asociación Médica Estadounidense y esta póliza para que el paciente puede desarrollar el tipo de relación de confianza con otro médico que es esencial para tener éxito atención y tratamiento continuos.

Firma del Paciente:

Fecha:

---



## Cuestionario de restricciones de privacidad de HIPAA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Podemos enviar extractos a tu domicilio?  Si  No

¿Podemos dejar mensajes (incluyendo los resultados de las pruebas) en su contestador automático/correo de voz?  Si  No

¿Podemos enviarle un fax? # de fax: \_\_\_\_\_  Si  No

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  Si  No

Enumere los nombres y relaciones de las personas con quienes podemos divulgar información o hablar sobre su atención/citas:

---

---

### Consentimiento para tratamiento/divulgación de información médica

Doy mi consentimiento para el tratamiento necesario para el cuidado del paciente mencionado anteriormente. Por la presente autorizo la divulgación de todos los registros médicos a los médicos remitentes y de familia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para restricciones a su información médica protegida (PHI) distintas a las mencionadas anteriormente, envíelas por escrito al funcionario de cumplimiento/privacidad utilizando nuestro formulario de "restricción de uso o divulgación de información médica protegida" (PHI).

### Responsabilidad financiera - Contrato de seguro

Reconozco total responsabilidad por los servicios prestados y acepto hacer arreglos financieros definitivos para el pago. Entiendo que es posible que mi compañía de seguros no cubra completamente los cargos por servicios profesionales y, por lo tanto, soy el único responsable del pago de todos los servicios. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la responsabilidad o el pago y obtener el reembolso de cualquier reclamo. Autorizo que el pago de los beneficios médicos se realice a Jesse G. Eisler, M.D. Cedo los beneficios pagaderos a los que tengo derecho, incluidos el gobierno, seguros privados y otros planes de salud, a Jesse G. Eisler, M.D. Esta cesión permanecerá en vigor hasta revocado por mí por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Acuerdo de Medicación

El objetivo de mi terapia es reducir mi dolor a un nivel que sea tolerable y que me permita mejorar mi capacidad para realizar las actividades diarias. Entiendo que el uso diario de un medicamento aumenta ciertos riesgos, que incluyen, entre otros

- Adicción/Dependencia
- Reacciones alérgicas
- Sobredosis
- Somnolencia, mareos o confusión
- Juicio deteriorado e incapacidad para operar máquinas o conducir vehículos de motor
- Náuseas, vómitos y/o estreñimiento

Acepto las siguientes pautas:

1. Tomaré este medicamento únicamente según lo recetado y no cambiaré la cantidad ni la frecuencia sin la autorización del médico.
2. Entiendo que debido al alto potencial de abuso de estos medicamentos se aplican las siguientes reglas:
  - No podré obtener resurtidos anticipados ni recibir reemplazo de medicamentos perdidos o robados.
  - Los resurtidos sólo se proporcionarán durante el horario comercial normal y entiendo que Connecticut Back Center solicita un aviso de 72 horas para resurtir un medicamento.
3. Obtendré recetas para mis problemas relacionados con la columna a través de Connecticut Back Center y surtiré estas recetas en mi farmacia designada. En una emergencia aguda, otro proveedor puede recetarme medicamentos. Si esto ocurre, notificaré al Connecticut Back Center lo antes posible.
4. Presentaré análisis de orina o sangre y recuentos de pastillas, si lo solicita mi proveedor, para evaluar mi cumplimiento.
5. Acepto asistir a mis citas programadas regularmente mientras esté tomando el medicamento.
6. Si no sigo estas pautas, entiendo que mi tratamiento puede terminarse.

**Firma del Paciente:**

**Fecha:**

---

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

Fecha: \_\_\_\_\_

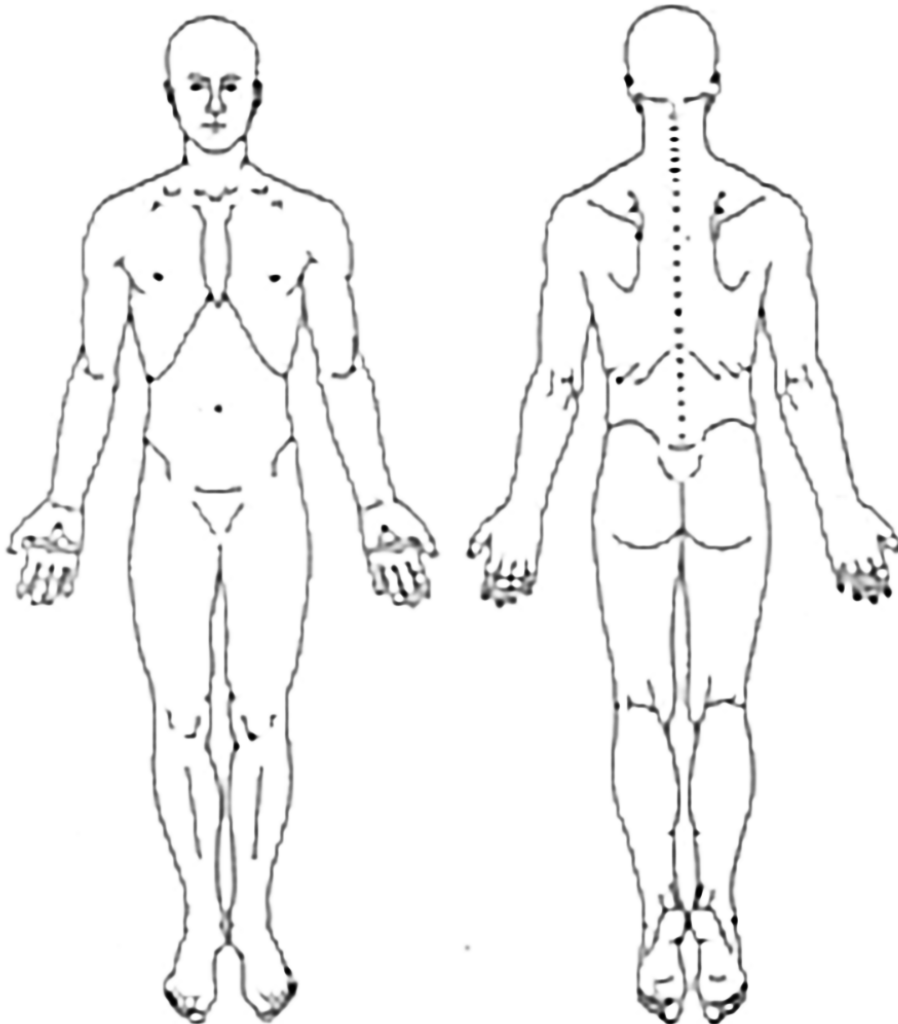


## Formulario de Admisión de Columna

Califique la gravedad de su dolor encerrando en un círculo un número a continuación

<b>No Dolor</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Dolor Inaguantable</b>
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---------------------------

En el siguiente diagrama, indique dónde está experimentando sus síntomas



**D** = Dolor

**I** = Incendio

**E** = Entumecimiento

**H** = Hormigueo

**P** = Puñalada

**O** = Otro

Over →

¿Cuánto tiempo han estado presentes sus síntomas?

Años:	Meses:	Semanas:
-------	--------	----------

¿Qué empeora los síntomas?

---

¿Qué alivia tus síntomas?

---

¿Su dolor mejora, empeora o permanece igual?

---

Intensidad del dolor:  Leve  Moderado  Severo

Es:  Constante o  Intermitente

¿Cuáles son sus principales objetivos para esta visita?

---

¿Te has caído en el último año?  Sí  No

¿Está inestable sobre sus pies?  Sí  No

¿Tienes miedo de caer?  Sí  No

---

¿Cuál de los siguientes tratamientos has probado?

Terapia Física:	Fechas:
Fisioterapia Acuática:	Fechas:
Quiropráctica:	Fechas:
Inyección de Cortisona:	Fechas:
Masaje:	Fechas:
Otra:	Fechas:

Altura:	Peso:
---------	-------

## Índice de discapacidad del cuello de Oswestry

Por favor responda circulando **UN** número para cada sección

### Sección 1 - Intensidad del dolor

0. No tengo dolor en este momento
1. El dolor es leve en este momento
2. El dolor es moderado en estos momentos
3. El dolor es bastante intenso en este momento
4. El dolor es muy intenso en este momento
5. El dolor es peor imaginable en este momento

### Sección 2 - Cuidado personal (lavarse, vestirse, etc.)

0. Puedo cuidar de mí mismo normalmente sin causar problemas/dolores adicionales
1. Puedo cuidarme normalmente pero me causa más dolor
2. Me duele cuidar de mí mismo y soy lento y cuidadoso
3. Necesito ayuda pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal
4. Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos del cuidado personal
5. No me visto, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

### Sección 3 - Levantar

0. Puedo levantar pesas pesadas sin dolor adicional
1. Puedo levantar pesas pesadas pero me produce dolor adicional
2. El dolor me impide levantar pesas pesadas del suelo, pero puedo manejar si están convenientemente ubicadas
3. El dolor me impide levantar pesas pesadas pero puedo manejar pesos livianos/medianos si están convenientemente ubicados
4. Puedo levantar pesos muy livianos
5. No puedo levantar ni cargar nada en absoluto

### Sección 4 - Lectura

0. Puedo leer todo lo que quiero sin dolor en el cuello
1. Puedo leer todo lo que quiero con un leve dolor en el cuello
2. Puedo leer todo lo que quiero con un dolor de cuello moderado
3. No puedo leer tanto como quisiera debido al dolor de cuello moderado
4. Casi no puedo leer debido al fuerte dolor en el cuello
5. No puedo leer nada

### Sección 5 - Dolores de Cabeza

0. No tengo ningún dolor de cabeza
1. Tengo leves dolores de cabeza que aparecen con poca frecuencia
2. Tengo dolores de cabeza moderados que aparecen con poca frecuencia
3. Tengo dolores de cabeza moderados que aparecen con frecuencia
4. Tengo fuertes dolores de cabeza que aparecen con frecuencia
5. Tengo dolores de cabeza que me vienen casi todo el tiempo

### Sección 6 - Concentración

0. Puedo concentrarme plenamente cuando quiero sin dificultad
1. Puedo concentrarme plenamente cuando quiero con leve dificultad
2. Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero
3. Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero
4. Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero
5. No puedo concentrarme en absoluto

### Sección 7 - Trabajo

0. Puedo hacer todo el trabajo que quiera
1. Sólo puedo hacer mi trabajo habitual, pero no más
2. Puedo hacer la mayor parte de mi trabajo habitual, pero no más
3. No puedo hacer mi trabajo habitual
4. Casi no puedo hacer ningún trabajo
5. No puedo hacer ningún trabajo

### Sección 8. - Conduciendo

0. Puedo conducir mi coche sin ningún dolor de cuello
1. Puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiera con un leve dolor en el cuello
2. Puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiera con un dolor moderado en el cuello
3. No puedo conducir mi coche todo el tiempo que quiero debido a un dolor moderado en mi cuello
4. Casi no puedo conducir debido al fuerte dolor en el cuello
5. No puedo conducir mi coche en absoluto

### Sección 9 -Durmiendo

0. No tengo problemas para dormir
1. Mi sueño se altera poco (menos de una hora sin dormir)
2. Mi sueño se altera levemente (1-2 horas sin dormir)
3. Mi sueño se altera moderadamente (2-3 horas sin dormir)
4. Mi sueño se ve muy perturbado (3-5 horas sin dormir)
5. Mi sueño se altera completamente (5-7 horas sin dormir)

### Sección 10 - Recreación

0. Puedo realizar todas mis actividades recreativas sin dolor de cuello
1. Puedo realizar todas mis actividades recreativas, con algo de dolor en mi cuello
2. Puedo participar en la mayoría de mis actividades recreativas habituales, pero no en todas
3. Puedo participar en algunas de mis actividades recreativas gracias a dolor en mi cuello
4. Casi no puedo realizar actividades recreativas debido al dolor en el cuello
5. No puedo realizar ninguna actividad recreativa en absoluto



**ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES (Marque todo lo que corresponda):**

**CARDÍACO:**     Infarto de miocardio     Murmullo     Ritmo anormal     Otro: \_\_\_\_\_  
**PULMONAR:**     Asma     COPD     Enfisema     Otro: \_\_\_\_\_  
**ENDOCRINO:**     Diabetes     Hipotiroidismo     Tumor pituitario     Otro: \_\_\_\_\_  
**CIRCULATORIO:**     Hipertensión     Ataque     Aneurisma     Otro: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ANTERIORES (Indique el tipo, fecha, cirujano/hospital):**

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

**MEDICAMENTOS (Si necesita más espacio, utilice el reverso del formulario o adjunte la lista):**

<u>MEDICAMENTO</u>	<u>DOSIFICACIÓN</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>DURACIÓN TOMADA</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES (Por favor marque e indique cuál padre/hermano y año de enfermedad/muerte):**

**CARDÍACO:**     Infarto de miocardio     Hipertensión    \_\_\_\_\_  
**PULMONAR:**     Asma     COPD     Enfisema    \_\_\_\_\_  
**ENDOCRINO:**     Diabetes     Hipotiroidismo    \_\_\_\_\_  
**NEUROLÓGICO:**     Ataque     Aneurisma     Tumor    \_\_\_\_\_  
**CÁNCER:**     Pulmón     Mama     intestinal    \_\_\_\_\_  
**OTRO:**     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Fecha Desempleado: \_\_\_\_\_  
 Uso de sustancias (Cantidad/Frecuencia): Tabaco: \_\_\_\_\_ Alcohol: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SISTEMAS (Por favor marque todo lo que corresponda):**

**NEUROLÓGICO:**     Dolor de cabeza     Mareos     Memoria     Entumecimiento    Otro: \_\_\_\_\_  
**OJOS:**     Anteojos     Contactos     Borrosidad     Visión doble    Otro: \_\_\_\_\_  
**OÍDOS/GARGANTA:**     Sordera     Sonando     Tragar     Ronquera    Otro: \_\_\_\_\_  
**CARDÍACO:**     Dolor en el pecho     Saltar ritmos     Ritmo rápido     Edema    Otro: \_\_\_\_\_  
**PULMONAR:**     Tos     Tos Sangre     Sibilancias     Respiración corta    Otro: \_\_\_\_\_  
**INTESTINAL:**     Constipación     Diarrea     Incontinencia     Sangrado    Otro: \_\_\_\_\_  
**URINARIO:**     Frecuencia     Incendio     Incontinencia     Sangrado    Otro: \_\_\_\_\_  
**MUSCOLOESQUELÉTICO:**     Dolor     Debilidad     Artritis     Bastón/Andador    Otro: \_\_\_\_\_  
**ENDOCRINO:**     Aumento de peso     Pérdida de peso    Otro: \_\_\_\_\_  
**PIEL:**     Moretones     Lesiones     Marcas de nacimiento    Otro: \_\_\_\_\_  
**HEMATOLOGÍA:**     Sangrado     Transfusión     Hepatitis    Otro: \_\_\_\_\_  
**PSIQUIÁTRICO:**     Depresión     Insomnio     Fatigabilidad    Otro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_