

WELCOME

Chart #: _____

Informacion De Paciente

Nombre: _____
apellido primer MI

Direccion: _____

Numero Telefonico (Casa) _____ (Movil) _____

Fecha De Nacimiento: _____ Genero: Hombre Mujer SS#: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viuda/o Separado Menor

Empleador: _____ Telefono: _____

Podriamos llamarlo a su trabajo? Si No Poodemos dejar un mensaje de voz? Si No

Quien te refirio a nuestra practica? _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Telefono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Accident Information

Esta visita se debe a un accidente? Si No En caso affirmativo, de que tipo? Auto Trabajo Otro _____

Se ha reportado? Si No En caso affirmativo, a quien? _____

Financial Information

Tiene seguro medico? Si No Nombre de seguro: _____

Tiene Seguro secundaria? Si No Nombre de seguro: _____

Nombre de la person quien obtiene el titulo de la poliza de este seguro: _____ SS#: _____

Relacion con el paciente (si no es es usted): _____ Fecha de nacimiento: _____ Telefono: _____

Numero de ID: _____ Numero de grupo: _____ telefono de los servicios para miembros: _____

We no puede presentar su seguro si esta sección se deja incompleta y la factura se le enviará.

POR FAVOR PROPORCIONE ESTA OFICINA CON UNA COPIA DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO(S)

Asignación, Consentimiento de Cuidado y Liberación

Certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro _____ con y AUTORIZO, SOLICITO Y ASIGNAR MI EMPRESA DE SEGURO PARA PAGAR DIRECTAMENTE A LOS BENEFICIOS DE SEGURO DE PRACTICA MEDICA/MEDICAL DE OTRA MANERA PAGABLEA A MI. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier examen o tratamiento que se me haya prestado, con el fin de asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las reclamaciones de seguros, incluidas las presentaciones electrónicas.

Un paciente que llega al médico da su permiso y autoridad para cuidar al paciente de acuerdo con las pruebas, el diagnóstico y el análisis apropiados. Los procedimientos clínicos realizados suelen ser beneficiosos y rara vez causan ningún problema. En raras ocasiones, los defectos físicos subyacentes, deformidades o patologías, pueden hacer que el paciente sea susceptible de lesiones. El médico no proporcionará atención médica específica, si se le da cuenta de tales problemas antes del tratamiento. Es responsabilidad del paciente destatarlo al médico.

FIRMA DEL PACIENTE (X) _____ FECHA _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

HIPAA

Se me dio la oportunidad de recibir y revisar la política de Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente de la oficina.

FIRMA DE PACIENTE (X) _____ FECHA _____

HISTORIA DE SALUD

Quién es su médico de atención primaria (médico y/o práctica)?

Por favor, compruebe si actualmente está experimentando alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello/rigidez | <input type="checkbox"/> Hormigues en los brazos | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Perdida del sentido de sabor | <input type="checkbox"/> Cambios en su digestion |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> hormigues en las piernas | <input type="checkbox"/> Nervios | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria | <input type="checkbox"/> Nauseas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de brazo/mano | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Problemas con la mandibula | <input type="checkbox"/> Escalofrios |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas y la rodilla | <input type="checkbox"/> Dificil para dormir | <input type="checkbox"/> Sudor frios | <input type="checkbox"/> Problemas en el estomago | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Jaquecas | <input type="checkbox"/> Perdida del olfato | <input type="checkbox"/> Problemas en el estomago | <input type="checkbox"/> Dolor en la noche | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Dolor en la noche | <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Perdida de peso | | |
| | <input type="checkbox"/> Luz fastidia la vista | | | |

Por favor indique si alguna vez a tenido o tiene alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH | <input type="checkbox"/> Dependencia | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Neumonia | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> quimica | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Vacunas de alergia | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Problemas de prostata | <input type="checkbox"/> Tumores/crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepatica | <input type="checkbox"/> Protesis | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Sarampion | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Appendicitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migranas | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> aborto espontaneo | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> Tos ferina |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | | |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hernia | | |
| | <input type="checkbox"/> Hernia de disco | <input type="checkbox"/> Parkinson | | |
| | | <input type="checkbox"/> Nervio Pellizado | | |

¿Está actualmente bajo atención médica y/o de medicamentos? Si No En caso afirmativo, explique _____

Por favor, enumere cualquier medicamento que este tomando actualmente: _____

Por favor enumere cualquier cirugia y/u hospitalizacion que haya tenido (tipo y fecha): _____

Por favor, enumere cualquier alergia: _____

Por favor, enumere cualquier suplemento que este tomando actualmente(vitaminas/hierbas/minerals): _____

¿Hay antecedentes familiares de alguna de las siguientes afecciones? (indicar a un miembro de la familia incluyendo padres, abuelos y hermanos)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____ | <input type="checkbox"/> Artritis _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Haces ejercicio? Frecuentemente Moderado Ocasionalmente Ninguno
 Sus actividades de trabajo implican principalmente: Sentado En pie Trabajo ligero Trabajo pesado

¿Duermes en: Atras Lado Estomago ¿Usas una almohada cervical? Si No

¿Cuál es su ingesta diaria/semanal de lo siguiente?

Cafeina _____ tazas/dia Alcohol _____ bebidas/semana cigarillos _____ paquetes/dia

Certifico que las preguntas anteriores fueron respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA PACIENTE (X) _____ FECHA _____

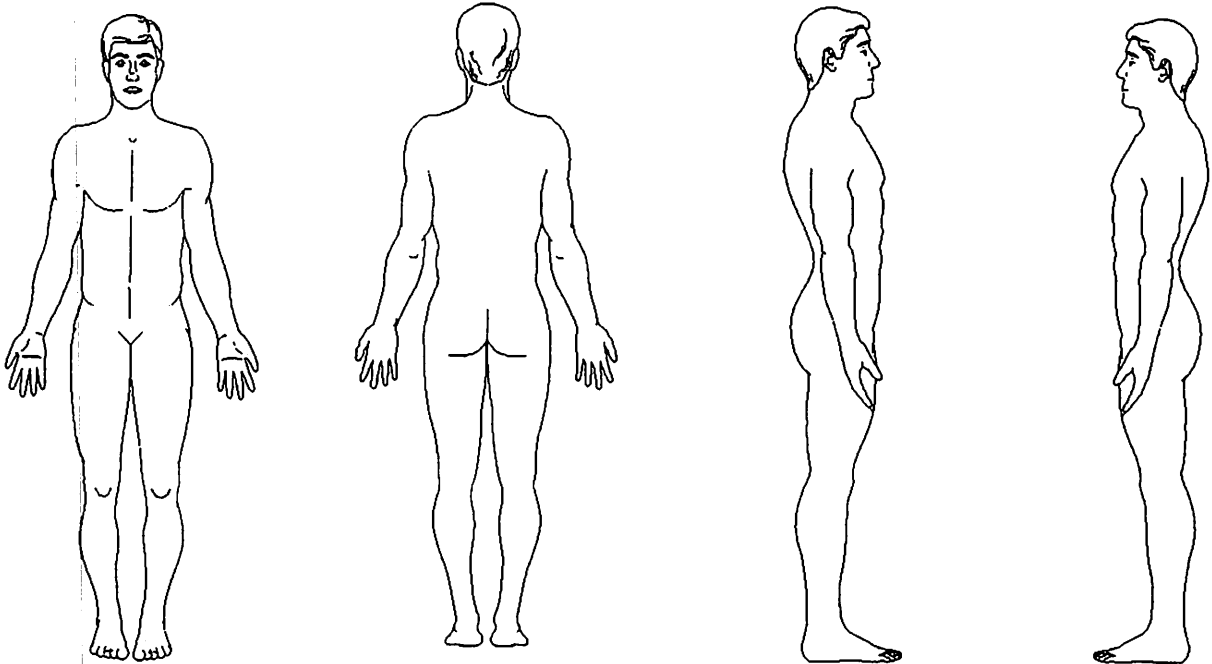
FIRMA DE PADRE/GUARDIANO (X) _____ FECHA _____

Síntoma(s) actual(es)

Nombre: _____

Motivo de la visita: _____

*** POR FAVOR UTILICE LA CARTA (S) ABAJO PARA MARCAR EL(LOS) DIBUJO(S) CON EL UBICACION Y TIPO DE SENSACIONES QUE EXPERIENCIA. POR FAVOR MARCA TODOS LOS SISTEMAS TUCIENTAMENTE PARA QUE PODEMOS ASISTIRLO MEJOR**



Clave:

- P - Dolor**
- N - Numb**
- B - Ardiente**
- T - Hormigueo**
- SH- Disparos**
- TH- Palpitación**
- O - Otros**
- M - Espasmo muscular**

*** POR FAVOR INDIQUE LA SEVERIDAD DE SU CONDICION EN UNA ESCALA DE 0-10**

(0 siendo ningún dolor, 10 siendo el peor dolor posible) 1. ____ . actualmente 2. __ en su peor ____

¿Cuándo notaste los síntomas por primera vez? _____

¿Algo causó el dolor/síntomas? _____

Is the pain: Constante intermitente (va y viene)

¿Está empeorando progresivamente? No Si

¿Tipo de dolor? Apretado Rigido Dolor Agudo Disparos
 Palpitante Quema Tiezo Entumecido Hormigueo Otro

¿Hay algo que empeore? _____

¿Hay algo que lo mejore? _____

¿Irradia? No Si Brazo derecho Brazo izquierdo Pierna derecha Pierna izquierdo

¿Experimenta el dolor a una hora particular del día? _____

¿Experimentas dolor nocturno? No Si, explique _____

¿Interfiere con su: Trabajo Dormir Rutina diaria Actividades recreativas

¿Qué actividades disfrutas, pero lo haces mal, o no todas debido al dolor?

Movimientos dolorosos: Sentado En pie Caminando Doblez Acostado

What have you done to treat the pain before today? _____

FIRMA PACIENTE(X) _____ FECHA _____

FIRMA DE PADRE/GUARDIANO (X) _____ FECHA _____

CUESTIONARIO DE PACIENTES NEUROLÓGICOS Y VASCULARES

Para cualquier respuesta SI, por favor notifique al Doctor:

1. ¿Sufre de dolor de cuello con dolor en el hombro, los brazos o las manos? NO SI
Comentario: _____
2. ¿Tienes debilidad, entumecimiento o ardor en el hombro, los brazos o las manos? NO SI
Comentario: _____
3. ¿Las manos o los brazos se duermen regularmente? NO SI
Comentario: _____
4. ¿Tienes sensación reducida (sensación) o hinchazón en las manos o los brazos? NO SI
Comentario: _____
5. ¿Sufre de una pérdida de la fuerza de la empuñadura? NO SI
Comentario: _____
6. ¿Sufre sufren de dolor de espalda con dolor en las nalgas, piernas o pies? NO SI
Comentario: _____
7. ¿Tienes debilidad, entumecimiento o ardor en los glúteos, piernas o pies? NO SI
Comentario: _____
8. ¿Las piernas o los pies se duermen regularmente? NO SI
Comentario: _____
9. ¿Tienes sensación reducida (sensación) o hinchazón en las piernas, los pies? NO SI
Comentario: _____

- | | | |
|--|----|----|
| 10. ¿Sufres de manos o pies fríos?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 11. ¿Sufre de dolores de cabeza, mareos o pérdida de memoria?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 12. ¿Tiene dificultad para mantener el equilibrio?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 13. ¿Sufre de vértigo o visión borrosa?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 14. ¿Sufre de una capacidad auditiva reducida?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 15. ¿Sufres de zumbido en los oídos?
Comentario: _____ | NO | SI |
| 16. ¿Tienes problemas de control de la vejiga o del intestino de forma regular?
Comentario: _____ | NO | SI |

Acuerdo Financiero

Es la póliza de esta oficina para que el paciente y/o su representante legal de pacientes proporcionan Chris Brooks, PC toda la información necesaria, Chris Brooks, PC, requiere PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE APROPIADO Y GESTIÓN FINANCIERA DE LA CAUSA

En orden que Chris Brooks, PC, aplazar el pago de los servicios hasta que se alcanza acuerdo o veredicto, el paciente antes mencionado de acuerdo a lo siguiente: Estoy de acuerdo en proporcionar la información del seguro de todas las fuentes disponibles que pueden proporcionar beneficios para mí, Chris Brooks, PC o mí liberar toda la información relativa al accidente automovilístico que se produjo en el día _____ de _____, 20____ directamente a Chris Brooks, PC a petición de estos y expresamente renuncia a cualquier privilegio abogado-cliente a esta información y expresa dirigir mi abogado y/o cada agente de seguros y cualquier otra persona, parte o entidad para liberar a Chris Brooks, copias de póliza MedPay monto de cobertura, y/o faxes a Chris Brooks, PC sigo siendo personalmente responsable de cualquier saldo monetario para cualquier tratamiento dictado por Chris Brooks, PC sigo siendo personalmente responsable de cualquier saldo monetario para cualquier tratamiento dictado por el Dr. Christopher Brooks o la Dr. Jami Gomarko.

Estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado de las tasas judiciales y el interés monetario aplicable con respecto a cualquier saldo adeudado debe Chris Brooks, PC se ven obligados a litigar contra mí para recuperar el dinero por los servicios prestados por Chris Brooks, PC. Estoy de acuerdo en que la jurisdicción para cualquier colección de litigios de mi saldo de la cuenta a ser condado de Cobb.

Autorización de Beneficios de Seguro

Dirijo mi compañía de seguros y la compañía aseguradora (IES) que cubre la parte(s) en fallo a pagar directamente a Chris Brooks, PC las cantidades que puede ser debido y adeudada Chris Brooks, PC por servicios prestados a mí y no a pagar cualquier porción de cualquier acuerdo o veredicto a mí, mi abogado o cualquier otra parte o persona. Esta directiva es irrevocable. Ordeno y autorizo los ajustadores de seguros y sus abogados para contactar Chris Brooks, PC directamente, y pagar directamente a Chris Brooks, PC saldo adeudado antes de desviar dinero para mí, mi abogado o cualquier otra persona. Me cedo y transferir a Chris Brooks, PC cualquier y todas las causas de acción que podrían tener o puede existir a mi favor contra cualquier empresa o persona y autorizar Chris Brooks, PC. Para enjuiciar dicha causa de acción en mi nombre o en Chris Brooks, PC nombre de cualquier forma lo consideran necesario.

Ha leído, comprendido y aceptado los términos y condiciones de este "acuerdo financiero".

_____/_____/_____
Firma del paciente Fecha Nombre

_____/_____/_____
Firma del Tutor Fecha Nombre

Acuerdo de Abogado

Reconozco que he leído el acuerdo anterior, directivas y autorizaciones concedida a Chris Brooks, PC. a mi cliente y su paciente. Entiendo que estas directivas y autorizaciones son irrevocables. Cualquier reducción de deuda por servicios prestados por Chris Brooks, PC debe conferirse por escrito por el Dr. Christopher Brooks.

Ha leído, comprendido y aceptado los términos y condiciones de este "acuerdo financiero".

_____/_____/_____
Firma del paciente Fecha Nombre

_____/_____/_____
Firma del Tutor Fecha Nombre

Recibo de Aviso de Normas de Privacidad

Escrito Formulario de Reconocimiento

Chris Brooks, P.C.

Yo, _____ leído una copia y entiendo el aviso de practicas de privacidad de los pacientes de Chris Brooks, PC este aviso será efectivo hasta que deje la practica anterior.

_____ / / _____
 Firma del paciente Fecha Nombre

_____ / / _____
 Firma del Tutor Fecha Nombre

-
 SOLO PARA USO DE OFICINA
 -

Se intento obtener acuse de recibo por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad de los pacientes, pero no se pudo ser obtenido porque:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros (Especificar)

**El consentimiento del paciente para uso y divulgación
Información de Salud Protegida
Chris Brooks, PC**

Doy mi consentimiento para que Chris Brooks, PC para usar y divulgar informativo de salud protegida (PHI) por mi para llevar a cabo operaciones de atención medica de tratamiento, pago y (TPO)

Chris Brooks, PC aviso de practicas de privacidad proporciona una descripción mas completa de tales usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el aviso de practicas de privacidad del paciente antes de firmar este consentimiento. Chris Brooks, PC se reserva el derecho de revisar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Practicas de Privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito a Chris Brooks, PC, Christopher Brooks en 2821 S. Cobb Dr., Smyrna, GA 30080

Con este consentimiento, Chris Brooks, PC puede llamar a mi casa o otro lugar alternativo y dejar un mensaje de voz o en persona en referencia a todos los elementos que ayudan a la practica en al realización de TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada que pertenecen a mi atención clínica, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con este consentimiento, Chris Brooks, PC puede enviar un correo a mi casa o en otro lugar alternativo cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre y cuando se marcen Personal y Confidencial.

Con este consentimiento, Chris Brooks, PC puede enviar un correo electrónico a mi casa o lugar alternativo cualquier asunto que les ayude a desempeñar tus TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente. Tengo el derecho de solicitar que Chris Brooks, PC restringir la forma en que utiliza o divulga la PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, no se requiere la practica de aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, se ve obligada por el presente acuerdo.

Al firmar esta forma, estoy consintiendo a Chris Brooks, uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo TPO de PC.

Con este consentimiento, doy Chris Brooks, PC permiso especifico para publicar mi nombre en la tabla de referencia de reconocimiento para pacientes nuevos.

Con este consentimiento, Chris Brooks, PC puede publicar y etiquetar fotografías de mi mismo por un tablón anuncios del paciente.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto la medida en que la practica ya se has expuesto la informativo en confianza sobre consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o mas tarde revoque, Chris Brooks, PC puede negarse a proporcionar tratamiento a mi.

Firma del paciente

____/____/____
Fecha

Nombre

Firma del Tutor

____/____/____
Fecha

Nombre