

## Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Información del Paciente				
Apellido, Nombre(s) del Paciente:				Fecha de Nacimiento:
Nombre Legal, si es diferente al antes mencionado:	Apellido de Soltera:	Número de Seguro Social (Requerido):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	
Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	Okay enviar correo electrónico, dejar mensajes de voz, o texto en referencia a citas, resultados de pruebas, referencias, o cualquier otra razón? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Correo Electrónico:				
Dirección del Paciente (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):				
Ocupación:	Empleador:	Teléfono Empleador:		

Reporte de Lesiones por Accidente				
Fecha y Hora del Accidente::		Ubicación del Accidente:		
Daños a Vehículo (\$):	Tipo de Vehículo:	¿Existe Reporte de Policía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se	¿Emisión de Citatorio? <input type="checkbox"/> Para mi <input type="checkbox"/> Para ellos <input type="checkbox"/> No lo se	Ubicación en el vehículo: <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero Frente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasajero Atrás
¿Usaba usted el cinturón de seguridad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se	¿Usaba usted arnés para hombros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo se	Ubicación del Impacto: <input type="checkbox"/> Frente Central <input type="checkbox"/> Frente Derecho <input type="checkbox"/> Frente Izquierdo <input type="checkbox"/> Detrás Centro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Detrás Derecho <input type="checkbox"/> Detrás Izquierdo <input type="checkbox"/> Lado Derecho <input type="checkbox"/> Lado Izquierdo		
Descripción del Accidente:				
<b>IMPORTANTE:</b> ¿Recibió Usted Diagnóstico Por Imagen (Rayos-X, CT, MRI, Ultrasonido, etc)? <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ¿Dónde?				
<b>IMPORTANTE:</b> ¿Ha consultado con otro médico/hospital/clínica/emergencias/ ALGÚN OTRO LADO, después del accidente?				

Información del Seguro de Su Vehículo				
¿Tiene usted PIP (Protección de Lesiones Personales)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguro:		
Número de Poliza:	Número Telefónico:	Número de Reclamo:	Nombre del Ajustador:	Número Telefónico del Ajustador:

# Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

## Autorización Para Revelar Información Médica / Contactos de Emergencia

¿Desea usted que Pro-Care Medical Center, y sus empleados, puedan discutir temas médicos o financieros con algún miembro de su familia o algún otro contacto de emergencia? Este permiso será válido indefinidamente y será revocado solo por escrito. Si es así, favor de especificar a quién y cuál información. Usted puede discutir temas financieros o sobre mi cuidado médico con las siguientes personas:

INFORMACIÓN QUE PUEDE DISCUTIR	Nombre	Relación	Número Telefónico	¿Agregar como contacto de Emergencia?
____ FINANCIERA ____ CUIDADO MEDICO				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
____ FINANCIERA ____ CUIDADO MEDICO				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Otro contacto de Emergencia?				

## Permiso para Tratamiento, Aviso de Política de Prácticas de Privacidad, y Políticas Financieras

Al firmar este permiso, yo autorizo a mi médico y/o otras personas que él o ella considere apropiado para realizar exámenes, pruebas, procedimientos, y cualquier otro cuidado que considere necesario o aconseje para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica. Este permiso es válido para cada visita que haga a Pro-Care Medical Center al menos que sea revocado por escrito por mí. Yo entiendo que el consultorio utiliza grabación de audio de los encuentros con pacientes y de vez en cuando video en vivo sin grabación del tratamiento de rehabilitación solamente para propósitos dentro del consultorio y doy mi autorización para la grabación de audio y video en vivo sin grabación de mis encuentros como paciente para este propósito.

Por favor esté informado de que la ley de Texas permite que al paciente se le realice una prueba por posible exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus asociado con el SIDA, en las siguientes situaciones: 1) para analizar sangre, productos de sangre, órganos o tejidos para determinar su aptitud para donación; 2) Si otro individuo es accidentalmente expuesto a sangre o fluidos de sangre de un paciente, tal y como por medio de una jeringa (cualquier prueba debe ser conducida conforme al protocolo de enfermedades infecciosas del Pro-Care Medical Center, o 3) si un procedimiento médico o quirúrgico será realizado en el cual trabajadores del cuidado de la salud podrían estar en contacto con sangre o fluidos de sangre del paciente. Esta declaración es para informarle que usted podría ser analizado, a costo de Pro-Care Medical Center si alguna de estas situaciones se presentara a lo largo del periodo de su tratamiento.

### Permiso para Tratamiento de un Menor (Menor de 18 años)

Doy mi autorización a esta oficina para administrar los servicios que considere necesarios para el o la menor, \_\_\_\_\_ . Mi relación con el o la menor es \_\_\_\_\_ .

Un Aviso de Prácticas de Privacidad (PDP) estará disponible para todos los pacientes. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica: 1) como su información médica puede ser usada o revelada; 2) sus derechos a acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar una contabilización de revelaciones de su información médica, y solicitar restricciones a nuestros usos y revelaciones de esa información; 3) sus derechos a reclamar si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El suscrito certifica que el/ella ha leído lo anterior, tiene acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y es el paciente, o el representante personal del paciente.

Como parte de nuestra relación profesional, es importante que usted comprenda nuestra política financiera.

- Es su responsabilidad proporcionarnos su información de seguros y su información de facturación actualizadas.
- Debemos destacar que, como proveedores médicos, nuestra relación es con usted, el paciente, y no con su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros, y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad conocer y entender el nivel de servicios cubiertos por su compañía de seguros.
- Si usted tiene alguna cobertura de Medicaid, deberá notificarnos antes de su visita. Esto es parte de su acuerdo con Medicaid y la falta de notificación acerca de su cobertura de Medicaid resultará en total responsabilidad financiera por los servicios recibidos.
- Podríamos aceptar la asignación de seguro después de verificar su cobertura. Favor de estar consciente de que algunos o tal vez todos los servicios prestados podrían no ser cubiertos en su totalidad por su compañía de seguros. Usted será financieramente responsable por los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.
- Nosotros cobramos lo que es usual y es costumbre en nuestra área. Usted es responsable de los pagos independientemente de la determinación arbitraria de alguna compañía de seguros en cuanto a lo que es una tarifa usual o de costumbre.
- Los copagos, coaseguros y/o deducibles se vencen en el momento del servicio. Estimaremos la cantidad que usted debe basado en la información que recibamos de su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de pagar la totalidad determinada por su compañía de seguros una vez ellos hayan pagado su reclamo - Sin importar nuestro estimado.
- Le enviaremos un estado de cuenta (a la dirección que usted proporcione) notificando de cualquier balance que usted deba. Si tiene preguntas o desea discutir la validez de este estado de cuenta, es su responsabilidad contactar a nuestra oficina dentro de los 30

## Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

- días después de recibir el estado de cuenta inicial. Puede llamar al (512) 371-7478 o al (210) 881-0630.
- El pago se vence en su totalidad al momento de recibir su estado de cuenta. Los balances de los pacientes que no hayan sido liquidados en su totalidad dentro de los 30 días de la fecha de emisión del estado de cuenta, serán considerados como vencidos. Las cuentas vencidas serán referidas a una agencia profesional de cobros y/o a un abogado para ser cobradas. Usted es responsable de pagar todo los gastos incurridos, incluyendo honorarios de abogado y de tribunal si estos aplican.
- Si no le es posible pagar el balance en su totalidad, usted deberá contactar nuestra oficina de pagos para llegar a un acuerdo de calendario de pagos. Cualquier cargo por pagos atrasados incurridos en balances vencidos serán incluidos en cualquier acuerdo mutuo al hacer los arreglos. Si usted no cumple en hacer los pagos de acuerdo a lo acordado, su cuenta será referida a una agencia profesional de cobros y/o un abogado. Usted será responsable de pagar todos los gastos incurridos, incluyendo honorarios de abogado y tribunal si estos aplican.
- En caso de que usted envíe un pago por medio de cheque y el banco regrese dicho cheque por cualquier razón, se agregará \$35.00 a su balance original. Además, podríamos buscar remedios legales adicionales que nos provea la Ley de Texas.

**Se podría cobrar una cuota si usted no se presenta, cancela, o reprograma su cita con menos de un día hábil completo de anticipación. Las cuotas por cancelación son \$40 por citas para MD/DO/FNP, \$20 por citas para DC/Ideal Protein, y \$200 por citas para cualquier especialista/procedimiento.**

Mi firma indica que he leído y comprendido el Permiso para Tratamiento, Política de Prácticas de Privacidad y Políticas financieras en su totalidad.

---

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

---

Nombre del Paciente o Representante Legal

Relación del Representante

Fecha

## Asignación de Beneficios y Autorización de Pago Directo

**Asignación de Beneficios, Asignación de Derechos para Beneficiarse por el Plan ERISA y Obtener Otros Reclamos Legales y Administrativos Asociados con mi Seguro de Salud y/o Plan de Beneficio de Salud (Incluyendo Incumplimiento del deber fiduciario), Designación del Representante Autorizado y Autorización de Pago Directo.**

Por medio de la presente, yo asigno y transmito directamente a Pro-Care Medical Center (también operando como Injury Medical Group y Injury Diagnostic Services), como mi representante autorizado, todo los beneficios médicos y/o reembolsos de seguro, si existe alguno, de lo contrario pagadero a mi persona por servicios, tratamientos, terapias, y/o medicamentos prestados o proporcionados por Pro-Care Medical Center (En adelante referido a Pro-Care Medical Center, Injury Medical Group y Injury Diagnostic Services), independientemente del estatus de participación en su red de cuidados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos independientemente de cualquier seguro que aplique o de pagos de beneficios. Por medio de la presente autorizo a Pro-Care Medical Center a revelar toda la información médica necesaria para procesar los reclamos. En adelante, por medio de la presente autorizo a mi administrador de plan fiduciario, asegurador y/o abogado para revelar todo los documentos del plan, resumen de la descripción de beneficios, póliza de seguro, y/o información de indemnización que sea solicitada por escrito por parte de Pro-Care Medical Center o sus abogados con la intención de reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la asignación de beneficios médicos y/o reembolsos de seguro antes mencionados, Yo asigno y/o transmito al proveedor de cuidados de salud antes mencionado cualquier reclamo legal o administrativo o decisión a tomar bajo cualquier grupo de plan de salud, beneficios de empleado, plan, seguro de salud o seguro de agraviado concerniente a gastos médicos incurridos como resultado de servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicaciones que yo reciba de parte de Pro-Care Medical Center (incluyendo cualquier derecho a perseguir esos reclamos administrativos o legales o elegir un plan de acción). Esto constituye una asignación expresa y consciente de reclamos por incumplimiento del deber fiduciario de ERISA y otros reclamos legales y administrativos.

Por medio de la presente asigno y designo a Pro-Care Medical Center como representante autorizado, mi intención es transmitir todos mis derechos de reclamo (o poner un gravamen sobre) los beneficios médicos relacionados a los servicios, tratamientos, terapias, y/o medicaciones proporcionadas por Pro-Care Medical Center, incluyendo los derechos a cualquier indemnización, seguro o aplicación legal o remedios administrativos (incluyendo daños derivados de reclamos por incumplimiento del deber fiduciario de ERISA). Al representante asignado o designado (Pro-Care Medical Center) le he

## Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

otorgado el derecho para (1) obtener información relacionada con el reclamo en la misma medida que yo; (2) enviar evidencia; (3) hacer afirmaciones acerca de hechos o leyes; (4) Hacer cualquier solicitud incluyendo proveer o recibir aviso de procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acción administrativa y judicial y procurar reclamos o elegir un plan de acción o derechos contra cualquier parte, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de cuidados de la salud o administrador de plan responsable. Pro-care Medical Center como mi representante asignado y autorizado puede presentar demandas en mi nombre en contra de cualquier plan de beneficios para la salud, plan de beneficios para empleados, administrador de plan, o compañía de seguros con posición derivada con cargos al proveedor.

A menos que sea revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo la PPACA (Legislación de la Reforma de Cuidados de Salud) , ERISA, Medicare y leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada válida, de la misma manera que una original.

**PACIENTES CON LESIONES PERSONALES:** Por medio de la presente dirijo a cualquiera y todas las partes de la compañía de seguros a realizar pagos directos a Pro-Care Medical Center por todos los servicios, artículos y/o suministros otorgados a mi persona o miembros de mi familia por y en relación a mi cuidado en Pro-Care Medical Center. Yo elijo renunciar al uso de mi propio seguro de gastos médicos, si algún seguro de gastos médicos está disponible, a fin de preservar mis beneficios de cuidados de salud. Yo solicito que todos mis recibos médicos sean facturados únicamente a la parte tercera responsable, UIM y/o PIP. A mi compañía de seguros solo se le facturará a la discreción de Pro-Care Medical Center.

---

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

---

Nombre del Paciente/Representante Legal

Relación del Representante

Fecha

## Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

**LA RAZÓN DE SU VISITA EL DÍA DE HOY** o cualquier preocupación que quisiera comentar con su doctor

Por Favor Mencione **SUS MEDICAMENTOS ACTUALES:**

Nombre del Medicamento	Dosis (ej, miligramos)	Indicaciones (ej, 1 tableta diaria)

Por Favor Mencione sus **ALERGIAS** a medicamentos/comidas:

Alergia	Tipo de Reacción (ej, erupción, náusea)

Por favor Proporcione su **HISTORIAL DE INMUNIZACIÓN:**

	Si	No	Fecha		Si	No	Fecha
Tétanos-Difteria Refuerzo				Vacuna Contra Hepatitis A			
Vacuna contra Influenza (gripe)				Vacuna Contra Hepatitis B			
Vacuna Contra Neumococo				Virus del Papiloma Humano (VPH)			
Tuberculosis (TB) Prueba en la Piel				Vacuna Contra Varicela			

Por Favor Proporcione su **HISTORIAL MÉDICO** (seleccione todo lo que aplique):

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias                       | <input type="checkbox"/> Cuagulos                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula   | <input type="checkbox"/> MI (Ataque al Corazón)       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                         | <input type="checkbox"/> Cancer, tipo _____           | <input type="checkbox"/> GERD (Reflujo)              | <input type="checkbox"/> Osteoartritis                |
| <input type="checkbox"/> Angina (Dolor de Pecho)        | <input type="checkbox"/> ACV (Derrame cerebral)       | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                 | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                 |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                       | <input type="checkbox"/> EPCO (Enfisema)              | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Úlcera Péptica |
| <input type="checkbox"/> Artritis                       | <input type="checkbox"/> EAC (Enfermedad del Corazón) | <input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial       | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (Riñones)   |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn          | <input type="checkbox"/> Síndrome de Colon Irritable | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo         |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular          | <input type="checkbox"/> Depresión                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea          |
| <input type="checkbox"/> HPB (Agrandamiento Prostático) | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Migraña/Dolor de Cabeza     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |

Por favor mencione sus **CIRUGÍAS** si ha tenido alguna e indique el mes/año si es posible:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia                      | <input type="checkbox"/> Colectomía (extirpación de colon)) | <input type="checkbox"/> Marcapasos                     | <b>Mujeres::</b>                              |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia con stent            | <input type="checkbox"/> Colostomia                         | <input type="checkbox"/> Resección de Intestino Delgado | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas  |
| <input type="checkbox"/> Apendice                          | <input type="checkbox"/> Bypass Gastrico                    | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía                  | <input type="checkbox"/> Biopsia de Seno      |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia de Rodilla            | <input type="checkbox"/> Reparación de Hernia               | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía                 | <input type="checkbox"/> Cesarea              |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda                | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera                |   | <input type="checkbox"/> Dilatación y legrado |
| <input type="checkbox"/> CABG (Cirugía a Corazón Abierto)) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla               | <b>Hombres:</b>   | <input type="checkbox"/> Histerectomía        |
| <input type="checkbox"/> Liberación del Túnel Carpiano     | <input type="checkbox"/> LASIK                              | <input type="checkbox"/> Prostatectomía                 | <input type="checkbox"/> Mastectomía          |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                         | <input type="checkbox"/> Biopsia de Hígado                  | <input type="checkbox"/> Resección Transuretral         | <input type="checkbox"/> Reducción de Senos   |
| <input type="checkbox"/> Colectomía (vesicula biliar)      | <input type="checkbox"/> ORIF (Reparación Hueso Fracturado) | <input type="checkbox"/> Vasectomía                     | <input type="checkbox"/> Aumento de Senos     |

## Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Por Favor Proporcione **DATOS ADICIONALES SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO Y CIRUGÍAS:**

Por Favor proporcione su **HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:**

	M A D R E	P A D R E	H E R M A N A	H E R M A N O	O T R O		M A D R E	P A D R E	H E R M A N A	H E R M A N O	O T R O
ADD/ADHD						Enfermedad del Corazón					
Alcoholismo						Enfermedad de Corazón Prematura (Hombre <55años, Mujer <65años)					
Alergias						Colesterol Alto					
Alzheimer						Alta Presión Arterial					
Asma						Enfermedad Colon Irritable					
Cuagulos						Discapacidad de Aprendizaje					
Enfermedad Sanguínea						Enfermedad Mental					
Cancer, Tipo _____						Migraña					
Embolia						Obesidad					
Depresión						Osteoartritis					
Retraso en El Desarrollo						Osteoporosis					
Diabetes						Enfermedad Renal					
Eczema						Convulsiones					
Deficiencia Auditiva						Otro:					

Por favor proporcione su <b>HISTORIAL SOCIAL:</b>	<b>SOLO MUJERES:</b>
¿Fuma? Si No Anteriormente Tipo de Tabaco: _____ Paquetes/Día: _____ Años Fumando: _____ Año en que dejó de Fumar: _____ ¿Ha tratado de dejar de fumar? Si No ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si No Anteriormente Tipo de Alcohol: _____ Frecuencia: _____ Cantidad: _____	Edad de su Primer Período: _____ Fecha de su Último Período: _____ Fecha de su Último Mamograma: _____ Fecha de su Último Papanicolau: _____ ¿Historial de Papanicolau anormal? Si No ¿Cuándo? _____ ¿Son regulares sus Períodos? Si No ¿Son dolorosos sus Períodos? Si No Su flujo es: Normal Abundante Ligero Manchas # de Embarazos: _____ # de hijos(as): _____ # abortos espontaneos: _____ #de abortos: _____

## Pro-Care Medical Center - Forma de Registro del Paciente

Fecha de Último consumo: _____	
--------------------------------	--

**Revisión de sistemas:** Por favor marque todas las que apliquen:

<b>Constitucional</b>	Fiebre/Escalofríos, Pérdida de Peso, Aumento de Peso, Problemas para Dormir, Fatiga/Malestar, Exposiciones, Viajes Recientes, Otro(s):
<b>Oído/Nariz/ Garganta/Boca</b>	Dolor de Garganta, Problemas de Oído, Masa, Dolor Oído Izquierdo, Dolor Oído Derecho, Tinnitus, Resfriados Frecuentes, Congestión Nasal, Escurrimiento Nasal, Úlceras de Boca, Encías Sangrantes, Dolor Dental, Ronquera, Estornudos, Drenaje De Oído, Escurrimiento Post Nasal, Otro(s):
<b>Ojos</b>	Visión Borrosa, Doble Visión, Pérdida de Visión, Ceguera, Dolor, Lentes, Contactos, Enrojecimiento, Ojos que Pican, Inflamación, Fotofobia (Sensibilidad a la Luz), Descarga, Otro(s):
<b>Cardiovascular</b>	Dolor de Pecho, Dificultad para Respirar, Inflamación, Palpitaciones, Desmayos, Soplo Cardíaco, Alta Presión Arterial, Calambres en las Piernas, Ortopnea (Dificultad para Respirar al Permanecer Acostado), Edema Periférico, Otro(s):,
<b>Respiratorio</b>	Sibilancias, Falta de Aliento, Tos, Espujo (Flema en los Pulmones), Disnea de Esfuerzo (Dolor Respiratorio al estar en Actividad), Hemoptisis (Sangre en Flema), Ronquidos, Dolor al Respirar, Dificultad para Respirar, Otro(s):
<b>Gastrointestinal</b>	Náusea, Vomito, Dolor Abdominal, Cambios en Hábitos Intestinales, Diarrea, Estreñimiento, Melena (Heces oscuras), Hematemesis (Sangre en Vomito), Hematoquecia (Sangre Roja en Heces), Dolor Anal, Flatulencia Excesiva, Acidez/indigestión, Pérdida de Apetito, Dificultad para Tragar, Distensión/Plenitud, Otro(s):
<b>Genitourinario</b>	Incontinencia, Descarga Vaginal, Períodos Dolorosos, Coito Doloroso, Fibroides, Infertilidad, Hematuria de Urgencia (Sangre en la Orina), Nicturia (Orina Excesiva Durante la Noche), Cambios en Deseo Sexual, Flujo Urinario Deficiente, Goteo de Orina, ITU Frecuentes, Sangrado Anormal, Alteraciones en Olor/Color de la Orina), Cambios en la Frecuencia (De Micción), Llagas Genitales, Inflamación, Hernia, Picazón Vaginal, Erupción, Irregularidad Menstrual, Síntomas Premenstruales, Edad de la Menarquía (Edad Anormal en el Primer Período), Síntomas de Menopausia, Exposición a ETS/Coito sin Protección, Sexualidad (LBGTQ), Otro(s):
<b>Musculoesquelético o Extremidades</b>	Dolor de Articulaciones, Rigidez Articular, Debilidad Muscular, Dolor Muscular, Movimientos Limitados, Edema, Deformidad, Otro(s):
<b>Piel/Cabello/Uñas</b>	Erupción, Cambios en Lunares, Pigmentación/Cambio de Color, Lesiones/Llagas, Hirsutismo (Vello Facial Femenino), Pérdida de Cabello, Cambios en Textura de Cabello, Piquetes de Insecto, Cambios en Uñas, Lesiones en Uñas, Lesiones en Cuero Cabelludo/Erupción, Quemaduras, Acne, Urticaria, Otro(s):
<b>Neurológicos</b>	Mareos, Convulsiones/Movimientos Involuntarios, Entumecimiento/Hormigueo, Dolores de Cabeza, Temblores, Disartria (Lenguaje poco claro), Desmayos/ Pérdida de Conocimiento, Desorientación, Parálisis, Vértigo, Pérdida de Memoria, Demencia, Otro(s):
<b>Psiquiátricos</b>	Depresión/Llanto, Ansiedad/Preocupación, Pensamientos Suicidas, Pensamientos Homicidas, Deterioro Cognitivo, Cambios de Humor, Humor Explosivo, Estrés, Cambios en Comportamiento, Problemas en la Escuela, Alucinaciones, escuchar Voce, Otro(s):
<b>Endocrinos</b>	Glucosa Alta, Intolerancia al Frío/Calor, Poliuria (Cambios en el Volumen de la Orina), Polidipsia (Sed Excesiva), Sudoración Excesiva, Problemas de Crecimiento, Uso de Esteroides, Polifagia (Hambre Excesiva), Sofocos, Otro(s):
<b>Linfáticos</b>	Glándulas Inflamadas, Moretones con Facilidad, Sangrado de Nariz Crónico, Anemia, Múltiples Transfusiones de Sangre, Otro(s):

## Historial del Dolor

1. ¿Cuál es su **queja principal**? \_\_\_\_\_

2. En la escala de abajo, por favor circule la severidad de su **problema principal** (en su peor momento)

Ninguna   Ligero   Moderado   Medio   Severo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. En la escala de abajo por favor circule con qué frecuencia experimenta su **queja principal**:

No frecuente    Ocasional    Intermitente    Frecuente    Constante

4. ¿Por cuánto tiempo ha estado experimentando su queja principal?

\_\_\_\_\_

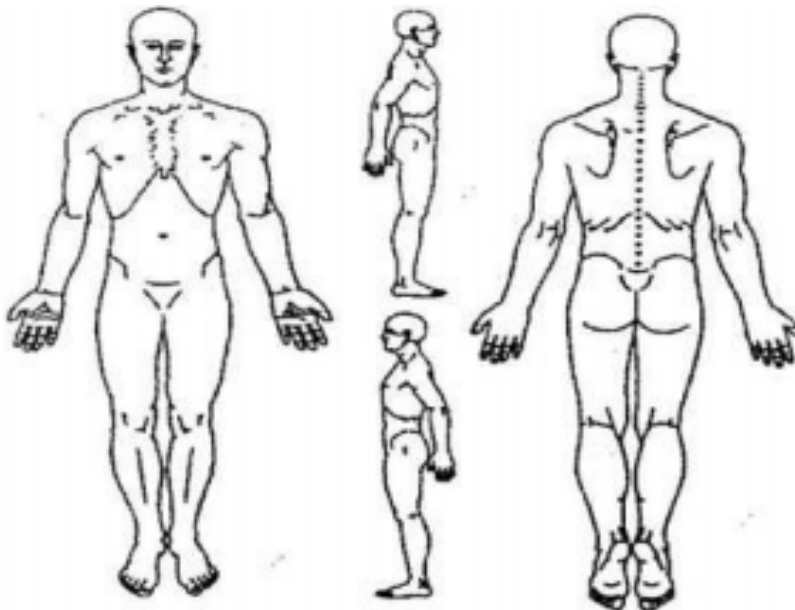
Por favor circule si está usted experimentando actualmente:

- Dolor de Cuello •
- Rigidez de Cuello •
- Dolores de Cabeza •
- Dolor de Hombros •
- Dolor Irradiante de Brazo •
- Adormecimiento/Hormigueo de Brazo/Mano •
- Dolor de Espalda Baja •
- Dolor Irradiante de Glúteos •
- Dolor Irradiante de una Pierna •
- Dolor Irradiante de ambas Piernas •
- Debilidad Muscular •
- Dolor al Toser o Estornudar •
- Problemas Intestinales o de Vejiga

5. En el diagrama de abajo, por favor muestre dónde está experimentando todas sus quejas actuales utilizando las siguientes letras:

**D:** Dolor    **A:** Dolor Ardiente    **C:** Calambres    **S:** Dolor Sordo    **I:** Dolor Intenso    **A:** Adormecimiento    **H:** Hormigueo

¡No olvide marcar sus áreas de problema en el diagrama!





¿Tiene algún **dolor** y/o **dificultad** al realizar cualquiera de las siguientes actividades?

\_\_\_ Levantar \_\_\_ Leer \_\_\_ Concentrarse \_\_\_ Trabajar \_\_\_ Manejar \_\_\_ Dormir \_\_\_ Actividades Recreativas

\_\_\_ Caminar \_\_\_ Sentarse \_\_\_ Vida Social \_\_\_ Desempeño en el Trabajo \_\_\_ Relaciones \_\_\_ Ejercicio

6. ¿Cuándo nota usted más **su problema principal**?  AM  PM ¿Cuánto dura? \_\_\_\_\_ Mins \_\_\_\_\_ Hrs

7. ¿Que lo hace sentir mejor? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué lo hace sentir peor? \_\_\_\_\_

9. ¿Ha tenido este problema en el pasado?  Si  No

10. ¿Ha perdido tiempo de su trabajo a causa de su **principal problema**?  Si  No Fechas \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

11. Desde que empezó su problema este ha ..  Empeorado  Mejorado  Permanecido Igual

12. ¿Ha tenido algún diagnóstico de hernia de disco?  Si  No  No estoy seguro(a), ¿Cuál disco ?

13. ¿Ha tenido cirugía de columna?  Si  No Especifique que tipo de cirugía: \_\_\_\_\_