

WELLSPINE, P.A.

FRANCISCO J. BATLLE, M.D.
Neurological Surgery

INFORMACION DEL PACIENTE ASEGURADO

Nombre: _____ Fecha: _____
(Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Numero Social: _____ Sexo: ()M ()F

Telefono: (____) _____ Telefono Celular: _____

Direccion: _____
(Calle/Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Doctor que lo Recomendo: _____ Telefono: _____

INFORMACION DEL TRABAJO DEL PACIENTE

Nombre de la Compania: _____

Direccion: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Ocupacion: _____

Persona de Contacto: _____ Telefono del Contacto: _____

INFORMACION DEL ASEGURADO

Nombre: _____

Direccion: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Fecha de Nacimiento: _____ Numero Social: _____ Sexo: ()M ()F

Nombre del Empleador/Compania: _____

Direccion: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Nombre de Aseguranza Primaria: _____ # de Poliza: _____

Nombre del Grupo: _____ # de Grupo: _____

Dia Efectivo: _____ Dia de Terminacion: _____

Relacion del Paciente al Asegurado: _____ Dueno de Poliza: _____

Nombre de Aseguranza Segunda: _____ # de Poliza: _____

Nombre de Grupo: _____ # de Grupo: _____

Dia Efectivo: _____ Dia de Terminacion: _____

Relacion del Paciente al Asegurado: _____ Dueno de Poliza: _____

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion: _____
(Nombre) (Apellido)

Telefono: _____ Telefono Celular: _____

DESCRIPCION DE POLIZA DE PAGO Y SOMETIENDO RECLAMO A LA ASEGURANZA

Yo autorizo a Wellspine, P.A. a dar cualquier informacion medica necesaria y pertinente a reclamo de la aseguranza en el interes de el paciente mencionado arriba y a la clinica. Yo autorizo a mi aseguranza a pagar todos los beneficios directamente a Wellspine, P.A. en cualquier servicio no pagado y sometido por Wellspine, P.A.

Yo estoy de acuerdo que YO SOY RESPONSABLE de pagos a Wellspine, P.A. por pagos del paciente mencionado arriba sin importar mi cobertura de seguro medico. Yo tambien estoy de acuerdo que Wellspine, P.A. no es ultimadamente responsable por coleccionar mi aseguranza o negociar establecimiento de demandas.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

WELLSPINE, P.A.

LEADING SOLUTIONS THROUGH PRECISION TECHNOLOGY

FRANCISCO J. BATLLE, M.D.

Neurological Surgery

DISCLAIMER

El personal de Wellspine, P.A. ha verificado su cobertura medica. A este punto es solo una cuota de cubrimiento beneficiario and not a guarantee of payment until the claim submitted has been reviewed. In the event of your insurance denies payment you are responsible for the balance in full. At the time of your visit you are responsible for the co-payment where applicable and/or the deductible (if not satisfied for the current year), according to information from your insurance company.

Signature

Date

HISTORIA DE SALUD (Confidential)

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del ultimo examen fisico: _____

A que se debe su visita medica? _____

A sufrido lastimaduras al cuello o espalda anteriormente? (ej: accidente de auto/accidente de trabajo) _____

SINTOMAS (marque con un asterisco los sintomas que Ud. tiene actualmente, o que ha tenido desde el incidente)

<p>General</p> <input type="checkbox"/> Escalofrios <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Perdida de sueno <input type="checkbox"/> Perdida de peso <input type="checkbox"/> Nervisismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sudores <p>Musculo/Articulacion/Heuso Dolor, debilidad, Entumecimiento en:</p> <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros <p>Genitourinario</p> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Miccion (orinar) frecuente <input type="checkbox"/> Falta de control de vejiga <input type="checkbox"/> Miccion dolorosa	<p>Gastrointestinal</p> <input type="checkbox"/> Mal apetito <input type="checkbox"/> Hinchado/Sofocado <input type="checkbox"/> Cambios al defecar <input type="checkbox"/> Estrenimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Hambre excesiva <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sangrado por el recto <input type="checkbox"/> Dolor de estomago <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Vomito de sangre <p>Cardiovascular</p> <input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazon <input type="checkbox"/> Presion sanguinea alta <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazon <input type="checkbox"/> Precion sanguinea baja <input type="checkbox"/> Mala circulacion <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Hinchazon de los tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<p>Ojos/ Oidos/ Nariz/ Garganta</p> <input type="checkbox"/> Sangrado de las encias <input type="checkbox"/> Vision Nublada <input type="checkbox"/> Estrabismo/Bisquera <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Vision doble <input type="checkbox"/> Dolor de oidos <input type="checkbox"/> Supuracion por los oidos <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Perdida de la audicion <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido de los oidos <input type="checkbox"/> Problemas de los sinus <input type="checkbox"/> Vision – fulguracion <input type="checkbox"/> Vision – circulos de luz <p>Piel</p> <input type="checkbox"/> Moretones facilmente <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Picazon <input type="checkbox"/> Cambios en verrugas <input type="checkbox"/> Salpullidos <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llaga que no cicatriza	<p>HOMBRES solamente</p> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad en la ereccion <input type="checkbox"/> Bulto en los testiculos <input type="checkbox"/> Supuracion del pene <input type="checkbox"/> Llagas en el pene <input type="checkbox"/> Otros <p>MUJERES solamente</p> <input type="checkbox"/> Prueba del papanicolau (abnormal) <input type="checkbox"/> Sangrado entre periodos <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dolor menstrual muy fuerte <input type="checkbox"/> Fogaje ("Hot flashes") <input type="checkbox"/> Supuracion por los pesones <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Supuracion por la vagina <input type="checkbox"/> Otros <p>Fecha de su ultima menstruacion: _____ Fecha de la ultima prueba de Papanicolau: _____ Ha tenido Ud. Un mamograma? _____ Esta Ud. Embarazada? _____ Cuantos hijos tiene? _____</p>
---	---	--	--

Condiciones (marque con un asterisco las condiciones que Ud. tiene o ha tenido)

<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Appendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Transtornos de desangramiento <input type="checkbox"/> Bulto en los cenos <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Drogadiccion <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> VIH Positivo <input type="checkbox"/> Enfermedades del Rinon <input type="checkbox"/> Enfermedades del Higado <input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Migranas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonia <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de la Prostata <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiatrico <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Embolio Cerebral <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas de las Tiroides <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedades Veneras
--	--	--	--

MEDICAMENTOS (liste los medicamentos que actualmente esta tomando)

ALERGIAS (a medicamentos/alimentos/sustancias)

Nombre de la Farmacia: _____	Telefono: _____

(Toda la informacion es estrictamente confidencial)

WELLSPINE, P.A.

FRANCISCO J. BATLLE, M.D.

Neurological Surgery

Consentimiento al Uso y al Acceso de Informacion Medica para el Tratamiento, el Pago, o Operaciones del Cuidado Medico.

Yo entiendo que como parte de mi cuidado medico, esta organizacion origina y mantiene HEALTH RECORDS describiendo mi historia medica, sintomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnosis, tratamiento, y cualquier plan para el cuidado o el tratamiento futuro.

Entiendo que esta informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Los medios de comunicacion entre los muchos profesionales medicos que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de informacion para aplicar mi diagnosis y informacion quirurgica mi cuenta
- Los medios por los cuales un pagador de tercera persona puede verificar que los servicios mandados en la cuenta fueron realmente proporcionados.
- Y una herramienta para las operaciones rutinarias del cuidado medico tales como determinacion de calidad y repaso de la capacidad de los profesionales medicos

Yo entiendo y me han proporcionado el *Aviso de las Practicas de Informacion* que proporciona una descripcion mas completa de las aplicaciones y de los accesos de la informacion. Yo entiendo que la organizacion reserve el derecho de cambiar su aviso y practicas, y antes de ponerla en practica, enviarme una copia de cualquier aviso revisado a la direccion que he proporcionado. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi informacion medica se puede utilizar o divulgar para realizar operaciones del tratamiento, del pago o del cuidado medico que la organizacion no esta requerida a convener a las restricciones solicitadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en escrito, excepto hasta el punto que la organizacion haya tomado ya la accion en confianza sobre eso.

Yo solicito las siguientes restricciones al uso o al acceso de mi informacion medica:

Firma de el Paciente o Representante Legal Testigo

Fecha Eficaz del Aviso Fecha o Version

_____Aceptado _____Negado

Firma _____

Fecha _____