

FORMA DE COMPENSACION AL TRABAJADOR

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Direccion _____

Telefono (_____) _____ Celular: _____
En caso de Emergencia: _____ Telefono: (_____) _____

INFORMACION DEL TRABAJO (lugar donde se accidento)

Ocupacion _____

Nombre del Trabajo _____

Direccion del Trabajo _____

Telefono del Trabajo (_____) _____ Lesion verificado por _____
(Para Uso de la Oficina)

Persona de Contacto _____

ASEGURANSA DE COMPENSACION AL TRABAJADOR (Para Uso de la Oficina)

Nombre del Seguro de Compensacion al Trabajador _____

Direccion del Seguro _____

Telefono del Seguro (_____) _____ Cobertura Verificada Por _____

Nombre del Ajustador _____ Numero de la Demanda _____

INFORMACION DE LESION

Fecha de la Lesion _____ Hora _____ A.M. _____ P.M.

Lugar de la Lesion _____ El accidente fue reportado al Trabajo? Si o No

De una descripcion completa de como sucedio el accidente _____

Ha usted perdido tiempo del trabajo? Si o No Cuanto tiempo? _____

Ha visto a otro doctores para esta condicion: Nombre del Doctor _____ Diagnostico _____

Le han tomado radiografias? Si o No Otras Purebas? Si o No

Si otras pruebas, por quien? Por favor escriba una lista de sus prueba(s) y resultado(s) _____

Anteriormente ha tenido lesions de Compesacion al Trabajador? Si o No Fechas _____

Describe su lesion anterior _____

AUTORIZACION

Firma del Paciente _____ Fecha _____

HISTORIA DE SALUD (Confidential)

Nombre: _____ Fecha: _____

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

A que se debe su visita medica? _____

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 mamogrammo? _____ 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"/> Cardiopatas <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, examinaciones 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 pesona 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 requirida 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_____

WELLSPINE, P.A.

FRANCISCO J. BATLLE, M.D.

Neurological Surgery

GUIAS DE MEDICAMENTOS

En algun tiempo de su tratamiento, el Dr. Batlle le recetara medicamento para controlar su dolor. Lo mas probable es que el medicamento sera un narcotico o sustancia controlada. Estos medicamentos tienen una gran potencia de ser mal usados y abusados, por eso estan cercamente contolados por el gobierno local y federal de el estado. Si usados excivamente, estos medicamentos pueden causar serios efectos como depression respiratoria, colapso de el higado y hasta la muerte. Ciertas guias deben ser seguidas en orden para que usted siga recibiendo estos medicamentos. Por favor lea cuidadosamente y firme abajo para confirmar que usted cumplira con nuestras guias. Una copia de este acuerdo sera puesta en su expediente.

- Lea las instrucciones en la botella de su medicamento. Tome el medicamento solo como recomendado.
- Ningun medicamento sere rellenado antes de el tiempo debido.
- Si su medicamento necesita ser llenado, favor de llamar a su farmacia para pedir relleno. La farmacia nos llamara a la oficina para obtener autorizacion de el doctor.
- Si su medicamento se le termina en el fin de semana, favor de llamar a su farmacia unos dias antes para que nuestra oficina pueda autorizar el relleno para el Sabado o Domingo come debido.
- La mayoria de las llamadas a la farmacia son regresadas antes de el final del dia.
- La oficina no podra rellenar su medicamento antes de tiempo si su medicamneto fue robado/perdido. Es la responsabilidad de el paciente mantener todos sus medicamentos en un lugar seguro.
- Ningun medicamento sera rellenado despues de las 3:00 p.m. en los Viernes. Ningun medicamento sera llenado por las noches, fines de semana, dias festivos o en bases de 'emergencia'.
- Esoeramos que todos los pacientes puedan cumplir con las instrucciones en cada botella de midecamento. No es nuestra intension que usted este en dolor. Si usted siente que el medicamento no le ayuda a controlar su dolor, por favor llame a nuestra oficina.

Yo aseguro que he leído la guia de medicamentos y afirmo que estoy de acuerdo a cumplir con las recomendaciones de cada medicamento.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de testigo (oficina)

Fecha