
POLIZAS DE OFICINA

Póliza financiera

Es nuestro placer tenerlo como nuestro paciente, y estamos comprometidos a brindarle nuestra mejor atención profesional. Su comprensión de nuestra póliza financiera es importante para nuestra relación. Por favor no dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener.

Póliza de cancelación

Cancelaciones repetidas o no presentarse interrumpen la administración óptima de la atención a usted y a otros pacientes. Por lo tanto, le pedimos que nos muestren la consideración de llamar a al menos 24 horas antes de su cita si no puede asistir. Al no hacerlo resultará en un cargo de \$ 25.00. Este cargo no se puede ser cobrado a su seguro y será su responsabilidad directa.

Seguro

Debido a todos los planes de seguro distintos ahora, en efecto, es necesario que usted consulte con su compañía de seguros con respecto a nuestra participación de su específico plan de seguro. Hay casos en que a pesar de que tienen un contrato con una compañía, el seguro tiene planes en cual nosotros no participamos. Si nuestra oficina no participa en su plan de seguro, será responsable de una gran parte de el cargo completo. La información de contacto de su plan se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de seguro. Es su responsabilidad dejarnos saber con tiempo cualquier cambio o nueva tarjeta que usted recibe de su seguro. Algunos planes de seguro requieren la autorización de los servicios en nuestra oficina. Es su responsabilidad de adquirir la documentación apropiada, si la visita no ha sido autorizada, será responsable por el costo de los servicios. Nosotros le enviaremos a su compañía de seguro (s) una reclamación de todos los servicios ofrecidos. Usted va a recibir una factura por cualquier balance que su seguro le corresponda, después de que el seguro asienta su reclamo.

SE REQUIERE PAGAR LOS COPAGOS AL MOMENTO DE SU VISITA.

Asignación y Liberación de seguro

Certifico que tengo cobertura de seguro con la compañía enumeradas anteriormente y asigno directamente a South Florida Spine Institute, todos los beneficios de seguro, si alguno, de lo contrario pagados por mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de la firma en todas las sumisiones del seguro. El médico nombrado arriba / grupo médico puede utilizar mi información de salud y puede revelar dicha información a la compañía de seguros antes mencionada y sus agentes con el propósito de la atención de la coordinación, la obtención de pago de los servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagados por servicios relacionados .

Facturación y codificación

Si es necesario, el paciente y / o guardián se hace responsable de los cargos por pagos atrasados, intereses, gastos de cobranza, y / o los honorarios del abogado de la acusación y / o cobro de la cantidad adeudada paciente. Es responsabilidad del paciente y / o responsabilidad de garante de proveer South Florida Spine Institute con la facturación de información actualizada y seguro en cada visita.

Expectativas de pago

Si usted no está cubierto por el seguro, debe de pagar por sus servicios en la fecha de recepción del servicio. Usted recibirá una declaración de nuestra oficina después que su seguro haya resuelto su reclamo si existe algún balance a pagar. Los pagos se esperan dentro de 10 días siguientes a la recepción de la declaración. Nuestra oficina acepta efectivo, cheques, American Express, Discover, Mastercard, Visa y las tarjetas de débito. **Habrá un cargo de \$ 35.00 por cualquier cheque sin fondos.**

Reconozco que la información suministrada es completa y exacta. Entiendo Política Financiera del South Florida Spine Institute.

Firma del Paciente/ Guardián del Paciente

Nombre Impreso

Fecha



Jonathan Hyde, MD, FAAOS
4308 Alton Road, Suite 830
Miami Beach, FL 33140
305-532-0065

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/
CONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

I, acknowledge that I have received a copy of South Florida Spine Institute Notice of Privacy Practices. (*Yo, acepto que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de South Florida Spine Institute.*)

Patient or legally authorized individual signature
Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Date
Fecha

Printed Name if signed on behalf of the patient
Escriba su nombre si firmo por el paciente

Relationship (parent, legal guardian, personal Representative, etc.)
Relación (padre, tutor legal, representante personal, etc)

I authorize and agree that South Florida Spine Institute may disclose my protected health information to the following persons, each of who is directly involved in my care (*Yo autorizo y estoy de acuerdo que South Florida Spine Institute puede revelar mi información protegida de salud a las siguientes personas, cada uno de los que están directamente involucrados en mi atención medica*):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

I acknowledge and agree that South Florida Spine Institute may disclose my protected health information to the persons set forth in this form unless and until I object to such disclosures, which must be provided in writing to South Florida Spine Institute. (*Reconozco y acepto que South Florida Spine Institute puede revelar mi información protegida de salud a las personas establecidas en este formulario a menos que y hasta que yo indique lo contrario, que deberá ser proporcionada en escrito a South Florida Spine Institute.*):

Patient or legally authorized individual signature
Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Date
Fecha

Printed Name if signed on behalf of the patient
Escriba su nombre si firmo por el paciente

Relationship (parent, legal guardian, personal Representative,,etc.)
Relación (padre, tutor legal, representante personal, etc)

For office use only / Para uso de la oficina

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because (please specify):



Jonathan Hyde, MD, FAAOS
4308 Alton Road, Suite 830
Miami Beach, FL 33140
305-532-0065

(Marque todo lo que aplique)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE DE FARMACIA: _____
NUMERO TELEFONICO DE FARMACIA: _____
DIRECCION DE FARMACIA: _____
Nombre de su Doctor Primario: _____
 No tengo Doctor Primario.

Verificación de Firma

Firme Aquí: _____

Si usted ha sido acompañado por un intérprete o testigo es importante conocer la
Identificación propia del individuo.

Nombre del Testigo

Nombre del Interprete

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Si el paciente es menor de edad, o bajo el cuidado de un representante legal, yo autorizo la evaluación y los
exámenes y tratamientos necesarios medicamente.

Firma del Padre/Madre o Guardián

Antes de continuar:

Entendemos que puede ser incomodo tener que llenar esta planilla, pero le pedimos que la llene con cuidado. Sus respuestas nos darán mejor indicación de su condición. Con esta información podremos proveerle el mejor cuidado médico. Por favor tome el tiempo necesario para contestar las preguntas con exactitud. Favor de seguir las instrucciones con cuidado en cada sección. Gracias por su cooperación.

INFORMACION DEL PACIENTE

(Marque todo lo que aplique)

I. INFORMACION PERSONAL:

Peso: _____ Estatura: _____

II. RAZON DE ESTA CONSULTA:

- La espalda baja
 Las piernas
 La mitad de la espalda
 Dolor en el cuello
 Dolor en los Brazos
 Causado por trauma:
 Si
 No

III. HPI:

1. Causa de la lesion:

- No se Como comenzó.
 Trauma Severo Leve
 Levantando Objetos En el trabajo?
 Accidente de Auto En el trabajo? Usando cinturón de seguridad
 Resbalón o Caída En el trabajo?
 Ambiente de trabajo

Explique: _____

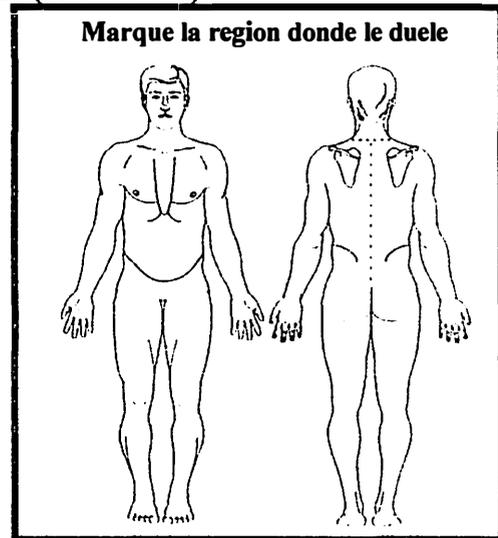
2. Inicio del problema:

- Fecha del accidente: ____/____/____ Dolor recurrente viene y va
 Lo he tenido por mucho tiempo Antigua lesión (cuando?): ____/____/____
 Aparición gradual de los síntomas Aparición repentina de los síntomas
 Ha ido mejorando Se ha ido agravando
 Estable

Explique: _____

3. Describa la intensidad de su dolor: En una escala del 0 (sin dolor) al 10 (dolor severo):

- El dolor de su cuello hoy es _____
 El dolor de su brazo *derecho* hoy es _____
 El dolor de su brazo *izquierdo* hoy es _____
 El dolor en la mitad de su espalda hoy es _____
 El dolor en su espalda baja hoy es _____
 El dolor en su piernas *derecha* hoy es _____
 El dolor en su piernas *izquierda* hoy es _____



4. Tengo los problemas siguientes (marque todo lo que aplique):

- Debilidad en los músculos Brazos/Manos Piernas/Pies/Tobillos
 Adormecimiento Brazos/Manos Piernas/Pies/Tobillos
 Calambres Brazos/Manos Piernas/Pies/Tobillos
 Siento fatiga en las piernas/pies cuando camino muy lejos Se alivia cuando descanso las piernas

5. Factores que me agravan. Siento mucho dolor (marque todo lo que aplique):

- Por la mañana
 Cuando me siento
 Al fin de la tarde
 Cuando me acuesto
 Por la noche mientras duermo Cuando me paro
 Cuando tozo o estornudo
 Cuando camino

6. Siento menos dolor cuando (marque todo lo que aplique):

- Me siento
 Me acuesto
 Me inclino hacia adelante
 Me recuesto para atrás
 Empujo el carro de las compras

MARQUE LAS QUE APLICAN:

INTENSIDAD DEL DOLOR:

- No tengo dolor ahora.
- El dolor es moderado en este momento.
- El dolor es soportable en este momento.
- El dolor es severo en este momento.
- El dolor es muy fuerte en este momento.
- El dolor es el peor en este momento.

ESTANDO DE PIE:

- Puedo estar de pie el tiempo que quiera sin dolor.
- Puedo estar de pie el tiempo que quiera pero me causa dolor.
- No puedo estar parado más de 1 hora por el dolor.
- No puedo estar parado más de 30 minutos por el dolor.
- No puedo estar parado más de 10 minutos por el dolor.
- No puedo estar parado por el dolor.

CUIDADO PERSONAL:

- Puedo valirme por mi mismo sin causarme de dolor.
- Puedo valirme por mi mismo pero me causa dolor.
- Puedo valirme por mi mismo pero me causa dolor, y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- Necesito ayuda, para hacer mis propias cosas.
- Necesito ayuda en casi todos los aspectos de mi cuidado.
- No puedo vestirme, me baño con dificultad y estoy siempre en la cama.

DURMIENDO:

- El dolor no interrumpe mi sueño.
- El dolor algunas veces interrumpe mi sueño.
- Por causa del dolor duermo menos de 6 horas.
- Por causa del dolor duermo menos de 4 horas.
- Por causa del dolor duermo menos de 2 horas.
- El dolor no me deja dormir.

LEVANTAR PESO:

- Puedo levantar cosas pesadas sin dolor.
- Puedo levantar cosas pesadas pero me causa dolor.
- No puedo levantar cosas pesadas si están en el piso.
- No puedo levantar cosas pesadas, solo poco peso.
- Puedo levantar cosas con muy poco peso.
- No puedo levantar nada que tenga peso.

VIDA SEXUAL:

- Mi vida sexual es normal y no me causa ningún dolor.
- Mi vida sexual es normal pero me causa un poco de dolor
- Mi vida sexual es casi normal pero dolorosa.
- Mi vida sexual está muy restringida por el dolor.
- Mi vida sexual es casi nula por causa del dolor.
- No tengo vida sexual por causa del dolor.

CAMINANDO

- El dolor no me impide caminar ninguna distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1 milla de distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1/2 milla de distancia.
- El dolor me impide caminar más de 1/4 milla de distancia.
- Solo puedo caminar si uso un bastón o muletas.
- Estoy en cama la mayor parte del tiempo.

VIDA SOCIAL

- Mi vida social es normal y no me causa dolor.
- Mi vida social es normal pero aumenta el dolor.
- El dolor no es significativo en mi vida social solo me limita los deportes y ejercicios.
- El dolor limita mi vida social y no salgo con frecuencia
- El dolor ha limitado mi vida social solo a estar en casa.
- No tengo vida social por causa del dolor.

SENTADO

- Puedo estar sentado en una silla el tiempo que quiera.
- Puedo estar sentado en mi silla favorita el tiempo que quiera.
- El dolor me impide estar sentado más de 1 hora.
- El dolor me impide estar sentado más de 30 minutos.
- El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar sentado.

DE VIAJE

- Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar pero me causa dolor.
- El dolor es fuerte, pero puedo viajar por más de 2 horas.
- El dolor me impide viajar por más de 1 hora.
- El dolor me impide viajar por menos de 30 minutos.
- El dolor me impide viajar excepto si recibo tratamiento.

IV. Historia del Paciente:

Yo escribo con mi mano ___ Derecha ___ Izquierda

MARQUE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE LE APLIQUEN:

1. NINGUNA ENFERMEDAD _____

2. DEL CORAZON:

___ ANGINA/DOLOR DE PECHO

___ ATAQUE DEL CORAZON

___ SOPLO DEL CORAZON

___ MARCA PAZO

___ OTRA: _____

3. VASCULAR

___ PRESION ALTA

___ DERRAME

___ VENAS VARICOSAS

___ OTRA: _____

4. PROBLEMAS DIGESTIVOS/ULCERAS

___ ESTOMAGO

___ INTESTINO PEQUENO

___ COLON

___ OTRA: _____

5. DIABETES

___ DEPENDIENTE DE INSULINA

___ TOMO MEDICINA PARA DIABETES

6. HÍGADO

___ HEPATITIS

___ VESICULA

7. RIÑONES

___ PIEDRAS

___ INFECCIONES

___ DIALISIS

___ OTRA: _____

8. PULMONAR

___ FALTA DE AIRE

___ ENFISEMA

___ TUBERCULOSIS

___ BRONQUITIS

___ PULMONIA

___ ASMA

___ OTRA: _____

9. PROBLEMAS EN LA SANGRE

___ ANEMIA

___ LEUCEMIA

___ TENDENCIA DE SANGRAMIENTO

___ OTROS: _____

9. ENFERMEDAD DE LOS OJOS

___ GLAUCOMA

___ CATARATAS

___ OTRA: _____

10. ENFERMEDAD DE LOS OIDOS

___ PERDIDA DE AUDICION

___ MAREOS

11. ENFERMEDAD SISTEMA ENDOCRINO

___ TIROIDE

___ PITUITARIO

12. ENFERMEDADES DE LA PIEL

___ PSORIASIS

___ ME SALEN MORADOS FACILMENTE

___ ME DEMORO EN CICATRIZAR

13. ARTRITIS

___ DEGENERATIVA

___ REUMATISMO

___ GOTA

___ OTRA: _____

14. CANCER

___ TIPO: _____

15. PROBLEMAS PSICOLOGICOS

___ DEPRESION

___ PSICOSIS

___ ANCIEDAD

___ OTROS: _____

16. MUJERES

___ SI EN ESTADO # DE SEMANAS _____

___ PROBLEMAS CON LA MENSTRUACION

___ SANGRAMIENTO VAGINAL

___ OTROS: _____

17. HOMBRES

___ PROBLEMAS CON LA FUNCION SEXUAL

___ OTROS: _____

18. ENFERMEDADES DE NIÑES

___ FIEBRE REUMATICA

___ EPILEPSIA

___ OTRAS: _____

ALERGIAS:

A Medicamentos: Ninguna Penicilina Sulfato Otra: _____

Alimentos: Ninguna Mariscos Otra: _____

En la piel: Ninguna Látex Iodo Otra: _____

No estoy tomando ningún medicamento.

Medicamentos que estoy tomando:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

[Nota: Nosotros verificaremos sus medicamentos por el archivo nacional de Farmacias.]

CIRUGIAS MAYORES:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ningunas | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Biopsias |
| <input type="checkbox"/> Vesícula | <input type="checkbox"/> Arreglos de Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Arreglo de Coyunturas |
| <input type="checkbox"/> Estómago | <input type="checkbox"/> Hernias |
| <input type="checkbox"/> Intestinos/Colon | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

CIRUGIAS DE LA COLUMNA:

TIPO DE CIRUGIA	NOMBRE DEL CIRUJANO	FECHA	NO AYUDO	ALGUN ALIVIO	BUEN ALIVIO
DISQUECTOMIA					
MICROCIRUGIA					
LAMINECTOMIA					
FUSION					
INSTRUMENTACION					
ESCOLIOSIS					
CIRUGIA DE REVISION					

Historial de Infecciones:

- Hepatitis B positiva
- Hepatitis C positiva
- VIH positivo
- Tuberculosis
- Estafilococo aureo resistente a la meticilina (MRSA)



TRAUMAS MAYORES: __ Ningunos

Accidentes: Auto Motocicleta _____

Accidentes Deportivos u otros _____

Accidentes de trabajo Anteriores _____

Doctores que lo han tratado anteriormente:

<u>Nombre del Doctor</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Ubicacion</u>	<u>Fecha del tratamiento</u>

EXAMENES DIAGNOSTICOS ANTERIORES:

<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	<u>FECHA</u>	<u>NOMBRE DEL CENTRO</u>	<u>RESULTADOS</u>
Radiografías			
Cat Scan			
MRI Scan			
Myelograma			
Discografía			
Conducción de los nervios			

TRATAMIENTOS DE TERAPIA:

<u>TIPO</u>	<u>NO AYUDA</u>	<u>ALGUN ALIVIO</u>	<u>BUEN ALIVIO</u>
Terapia Física			
Cuidado Quiropráctico			
Bloqueo Epidural			
Inyecciones			
Rizotomía			
Nucleoplastia			
Acupuntura			
Mesa de Traccion			
Cirujía Laser			
Masaje			



HISTORIA FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA

Historia Familiar:

Madre: Viva/de que edad Años. Tiene Buena Salud Sufre de _____
 Murió – Causa de muerte _____
Padre: Vivo/de que edad Años. Tiene Buena Salud Sufre de _____
 Murió – Causa de muerte _____
Hermanos: Vivos # hermanos # hermanas
 Murieron # hermanos # hermanas

Historia Social: (marque todo lo que aplica)

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
 Yo trabajo como: _____ Ocupación anterior: _____
 Estoy retirado/a Yo no estoy trabajando debido a mi dolor de espalda/cuello desde: _____

Nivel Escolar:

Primario Secundario Bachillerato/High School Universitario Post- Grado
 Yo vivo con mis hijos/familiares. Yo vivo solo.
 Yo tengo necesidades especiales. Explique: _____

Uso de bebidas alcohólicas:

Ninguna
 Cerveza
 Vino
 Bebidas Fuertes
Frecuencia: Rara vez Socialmente Cantidad Diaria: _____

Uso de tabaco:

Fumo diariamente
 Fumador antiguo
 Nunca he fumado
 Estado actual del fumador desconocido
 Desconocido si alguna vez fumado

Uso de drogas recreacionales:

Ningunas Tipo/nombre si las usa: _____

Por favor escriba el nombre, dirección, teléfono y número de fax de cada doctor que usted quiere que reciba sus records médicos.

Iniciales del paciente: _____ **Fecha:** ___ / ___ / 20___

REVISION DE LOS SISTEMAS

La siguiente es una lista de síntomas que pueden no estar relacionados con la razón de su visita. Sin embargo, estas preguntas necesitan ser contestadas con cuidado porque los problemas que usted posee pueden afectar su tratamiento, como ser signo de una menor función óptima.

YO PADEZCO O TENGO, MARQUE TODO LO QUE APLICA:

CONSTITUCIONAL

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas.
 - Fiebre
 - Escalofríos
 - Fatiga
 - Aumento de peso
 - Pérdida de peso

OJOS

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas.
 - Ojos rojos
 - Pérdida de Visión
 - Ojos secos
 - Párpados caídos

OIDO/NARIZ/GARGANTA

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Problemas dentales
 - Pérdida de audición
 - Zumbido
 - Vértigo
 - Congestión nasal
 - Estornudo
 - Dolor de garganta
 - Ronquidos
 - Cambio gradual de voz
 - Sangramiento nasal

CORAZON Y CIRCULACION

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Angina o presión de pecho
 - Palpitaciones
 - Falta de aire
 - Pérdida de conocimiento
 - Piernas inflamadas

RESPIRATORIO

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Asma
 - Tos
 - Tos con sangre
 - Falta de aire
 - Falta de aire

ESTOMAGO

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Anorexia
 - Acides
 - Vómitos con sangre
 - Heces sangrientas
 - Piel amarilla
 - Diarrea

METABOLISMO

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Hipertiroidismo
 - Hipotiroidismo
 - Pérdida o crecimiento de pelo
 - Paperas

RIÑONES

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Enfermedad de riñones
 - Ardor al orinar
 - Incontinencia
 - Frecuencia al orinar por la noche
 - Infecciones en la vejiga en el pasado año
 - Sangre en la orina en el pasado año

MUSCULOS/ ESQUELETO

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Artritis u otra enfermedad de coyunturas
 - Problemas caminando
 - Músculo que obstaculiza

ALLERGIAS

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Intolerancia al comer
 - Picazón

DERMATOLOGICOS/PIEL

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Sarpullido, Psoriasis o Dermatitis
 - Crecimiento de piel nueva o Verruga

NEUROLOGICO

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Dolor de cabeza
 - Ataque epiléptico
 - Otros: _____

PSIQUIATRICO

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Ansiedad
 - Pérdida o cambio en el apetito
 - Cambio de conducta
 - Desorden bi-polar
 - Confusión
 - Depresión
 - Insomnio
 - Pérdida de memoria

HEMATOLOGICO/SANGRE

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Sangramiento o tendencia de Moretones
 - Transfusión de sangre reciente
 - Historia de hepatitis

HOMBRES SOLAMENTE

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Inflamación Testicular
 - Problemas de próstata
 - Frecuencia al orinar

MUJERES SOLAMENTE

- YO NIEGO tener estos síntomas o problemas
 - Dolores menstruales
 - Flujo excesivo
 - Ciclo irregular
 - Ardor vaginal
 - Sofocos y calores

ESTAS EMBARAZADA?

SI No