



Bienvenida a GoRehab. Le Pedimos que complete completamente los formularios adjuntos. No estamos solicitando ninguna información que no necesitemos, así que sea lo más completo posible. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntarle a uno de los miembros de nuestro personal, ya que siempre estarán encantados de ayudarle.

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección De Casa: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

El Estado Civil: (Marque uno) Soltera/o Casada/o Separada/o Divorciada/o

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección Del Empleador: \_\_\_\_\_

Calle CiudadEstado Código Postal

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estas Trabajando Actualmente? Si No

Referente o Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nuestro gobierno ahora exige que todas las practicas informe anónimamente las estadísticas de los pacientes. Por favor, con esté a las siguientes preguntas. ¡Tenga la seguridad de que la privacidad del paciente es nuestra máxima prioridad!

Raza: (Marque uno) Caucásico Moreno O Afroamericano Indio Americano O Nativo De Alaska Asiático  
Nativo Del Pacifico O Otros Isleños Del Pacifico Otra Raza

Etnicidad: (Marque uno) Hispano O Latino No Hispano o Latino No Proporcionar

Idioma: (Marque uno) Ingles Español China Frances Alemán Italiano Japones Portugués Otro

30 Merrick Avenue, Suite 101 East Meadow, NY 11554

P: (516) 734-6300 F: (516) 734-6300



## Información De Medicamentos

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor Indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias: (circule cualquiera que aplique) NSAIDS (Ibuprophen/Aleve) Aspirina      Macrólidos (Erthromycins)

Penicilinas Tetraciclinas Drogas De Sulfa

Otro: \_\_\_\_\_

¿Ha fumado o fuma cigarrillos?    Nunca Fumado      Exfumador      Actual fumador

¿Consumes alcohol?                      Nunca      De vez en cuando      A menudo

Altura: \_\_\_\_\_ Peso : \_\_\_\_\_



## Información De Seguro

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Primaria -----

Nombre Del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección Del Seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono Del Seguro: \_\_\_\_\_

ID De Seguro#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: **(Marque uno)** Yo      Esposa/o      Dependiente

### Secundaria -----

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: \_\_\_\_\_

ID De Seguro #: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: **(Marque uno)** Yo      Esposa/o      Dependiente

### Compensación Del Trabajador [Proporcione también la información de su Seguro privado arriba] -----

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Caso#: \_\_\_\_\_

Fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_ WCB: \_\_\_\_\_

Parte(s) del cuerpo Lesionadas:  
\_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

### No Fault [Proporcione También la información de su Seguro privado arriba]-----

Nombre del Seguro de Auto: \_\_\_\_\_

Numero de Reclamo#: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono#: \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Queja Principal: \_\_\_\_\_

Como y donde fue lesionado:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde está el dolor?                      Espalda                      Cuello                      Otro: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de dolor de cuello o espalda?                      Si                      No

- Tratamientos que ha recibido:
- [ ] Terapia Física
  - [ ] Cuidado Quiropráctico
  - [ ] Acupuntura
  - [ ] Inyecciones Epidurales
  - [ ] Inyecciones de Cortisona
  - [ ] Exámenes de Radiología

Otro proveedor de atención medica trato esta lesión incluyendo hostilización y/o cirugía?    Si    No

Si, como/cuando: \_\_\_\_\_

**Ha tenido alguno de los siguientes: (circule cualquiera que aplique)**

- |                          |                   |                 |                        |
|--------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|
| Hormigueo/Entumecimiento | Hinchazón         | Dolor           | Debilidad              |
| Tieso                    | Mareo             | Desmayarse      | Giro/Inclinación       |
| Dificultad para Caminar  | Visión Doublé     | Dolor de Cabeza | Perdida del Equilibrio |
| Zumbido en los Oídos     | Dolor en el Pecho | Otro: _____     |                        |

**Naturaleza de la lesión/enfermedad: (circule cualquiera que aplique)**

- |                                |                           |                     |                   |           |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------|-------------------|-----------|
|                                | Abrasión                  | Amputación          | Avulsión          | Mordedura |
| Pinchazo de                    | Aguja                     | Contusión/Hematoma  | Hernia            | Fractura  |
| Enfermedad Infecciosa          | Exposición por Inhalación | Laceración          | Quemadura         |           |
| Envenenamiento/Efectos Tóxicos | Dislocación               | Esguince/Distensión | Herida de Punción |           |
- Otro: \_\_\_\_\_



**¿Están sus síntomas afectados o provocados por alguno de los siguientes? (circule cualquiera que aplique)**

Cambio de Posición      Movimiento Rápido de la Cabeza      Caminar Sobre Superficies irregulares  
Fumando Alcohol      Subir Escaleras  
Mirando Objetos en Movimiento      Estar de Pie      Caminar en una habitación oscura o con poca luz  
Viajar en automóvil, avión, o bote      Toser, Estornudar, hacer esfuerzo

**Usas un bastón y/o andador?** Si    No

**Historial Relacionado Con Accidentes de Vehículos de Motor**

(Pase a la siguiente sección si no aplica)

Eras la/el:	Conductor/a	Pasajera/o sentada/o en frente
	Pasajera/o sentada/o a tras al lado izquierdo	Pasajera/o sentada/o atrás al lado derecho
	Peatonal	

¿Estabas usando un cinturón de seguridad? Si      No

¿Perdiste el conocimiento?      Si      No

¿Estaba el coche parado o moviéndose? Parado      Moviéndose

¿En qué tipo de vehículo estabas?      Coche      Camión      Autobús  
Motocicleta      Taxi

¿Qué tipo de vehículo te atropello?      Coche      Camión      Autobús  
Motocicleta      Taxi

¿Ha tenido accidente automovilístico previo?      Si    No



### **Historial Medico**

Circule cualquiera que aplique:

Cardiopatía    Hipertensión    Ulcera                      Epilepsia                      Diabetes

Otro: \_\_\_\_\_

Historial Quirúrgico:    Stents Cardiacos                      Stents de Pierna                      Cirugía del Corazón

Fracturas Previas: \_\_\_\_\_

Cirugías Previas: \_\_\_\_\_

Enfermedad Seria: \_\_\_\_\_

Cualquier Historial Médico inusual:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Historia Familiar**

Algún miembro de su familia ha tenido alguna de las siguientes situaciones:

	Cual Miembro de la Familia:	Edad diagnosticada:
Cáncer [describir el tipo]	_____	_____
Hipertensión:	_____	_____
Cardiopatía:	_____	_____
Diabetes:	_____	_____
Strokes:	_____	_____
Enfermedad Mental:	_____	_____
Adicción a las drogas/alcohol:	_____	_____
Glaucoma:	_____	_____
Enfermedad hemorrágica:	_____	_____
Otro:	_____	_____



## **HIPAA Regla de Privacidad del Acuerdo de Autorización del Paciente Autorización para la Divulgación de Información Medica Protegida para Tratamientos, Pagos u Operaciones de Atención Medica**

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta Practica origina y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro: Entiendo que esta información sirve como

- una base para planificar mi atención y tratamiento;
- un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que pueden contribuir a mi atención medica
- una fuente de información para aplicar mi diagnostico e información quirúrgica a mi factura;
- un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se proporcionaron realmente;
- una herramienta para las operaciones de atención medica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia de la atención médica.

Se me proporciono una copia del **Aviso de Practicas de Privacidad** que proporciona una descripción más complete de los usos y divulgaciones de la información.

Entiendo que, como parte de me atención y tratamiento, puede ser necesario proporcionar mi información de salud protegida a otra entidad cubierta. Tengo derecho a revisar el aviso de esta práctica antes de firmar esta autorización. Autorizo la divulgación de mi información médica protegida como se especifica a continuación para los fines y las partes designadas por mí.

## **Regla de privacidad del acuerdo de consentimiento del paciente consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica (§164.506(a))**

Entiendo que:

- Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de información de esta Práctica antes de firmar este consentimiento;
- Que esta Práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso y las prácticas y que antes de la implementación enviará por correo una copia de cualquier aviso a la dirección que he proporcionado, si se solicita;
- Tengo derecho a oponerme al uso de mi información médica para propósitos de directorio;
- Tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a que mi información medica protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y que esta práctica no está obligada por ley a aceptar las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que esta Practica ya haya tomado medidas basándose en el mismo.

---

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal:

---

Fecha:



## Consentimiento del Paciente para Su Uso Y Divulgación de Información Medica Protegida

Por la presente doy mi consentimiento para que Grewal Orthopedic & Spine Care (la Practica) use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO).

Con este consentimiento, la practica puede llamarme o enviarme un correo electrónico a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje por voz, correo electrónico o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica realizar operaciones de tratamientos pago y atención médica, como recordatorios de citas, artículos del Seguro y cualquier cosa relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas de laboratorio.

Con este consentimiento, la Practica puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la Practica a realizar tratamiento, operaciones de pago y atención médica, como tarjetas recordatorias de citas, estados de cuenta del paciente y cualquier cosa relacionada con mi atención clínica, siempre que estén marcados "Personal y Confidencial."

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que la practica use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la Practica ya haya hecho divulgaciones con mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revoco, la Practica puede negarse a brindarme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Testigo Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente:

## Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente doy mi permiso para que Grewal Orthopedic & Spine Care me brinde tratamiento médico. Permiso que la Practica solicite beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.

Entiendo que:

- la Practica tendrá que enviar la información de mi historial médico a mi compañía de seguros.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi Seguro no paga o no tengo seguro.

Entiendo que:

- Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Testigo Representante Lega

\_\_\_\_\_  
Fecha