



Universal Spine & Joint Specialists

8318 North Habana Ave, Tampa FL 33614

6496 US HWY 41 N, Apollo Beach FL 33572

Phone: 813-667-2460 Fax 813-667-2461

Paquete de Paciente Nuevo

Estimado Paciente,

Bienvenidos a Universal Spine and Joint Specialist. Esperamos reunirnos con usted y desarrollar una relación profesional. Estamos dedicados a crear un plan individualizado para cada paciente que tratamos. Nuestro objetivo es restaurar la vitalidad y reducir el sufrimiento.

Por favor, tómese el tiempo para revisar este paquete. Respetamos su tiempo, completando este paquete nos permite ser lo mas eficiente y óptimo posible con su cuidado.

Somos una clinica de tratamiento intervencionista y multi modal con enfasis minimo en medicamentos para el dolor. No prescribimos medicamentos que no sea necesario para su cuidado.

Por favor, asegúrese de que los siguiente esté completo antes de venir a nuestra oficina:

- Si es necesario, traer referido o autorizacion previs de su doctor primario.
- Record médicos de su doctor primario y/o del medico que lo han referido a nuestra clinica.
- Obtener copias o record de imagenes (rayos X, CT Scan, MRI) u otros exámenes

Por favor traiga lo siguiente en el día de su cita:

- Este paquete
- Tarjeta de seguro- Debera presentar su tarjeta en la primera visita
- Identificacion dada por el Gobierno (Licencia de Conducir , Pasaporte, ID del Estado)
- Metodo de pago (Efectivo, Cheque, Tarjeta de Credito)
- Si usted no habla Ingles o Espanol por favor de traer a alguien que le pueda traducir a su idioma. Esto nos ayudara a tener una comunicacion mas efectiva.

SU CITA: _____ Hora: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ ESTADO: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Numero de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Médico de Cabezera: _____ Médico remitente: _____

NOMBRE SI ES INVOLUCRADO EN UN CASO: _____

EMAIL: _____

Nombre de la farmacia: _____ **Número de farmacia:** _____

MEDICAMENTOS:

Haga una lista de todos los medicamentos, dosis y frecuencia. Incluir todos y cada uno de los medicamentos para el dolor. Lista de todos los medicamentos, incluso si en el mostrador y los suplementos a base de hierbas.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

- La fibromialgia • Depresión • Ansiedad • Hernia Discal • Radiculopatía • Insomnio • Apnea del sueño • diabetes • Osteoartritis • Artritis Reumatoidea • Dolores de cabeza / Migrañas • Presión Arterial Alta • colesterol alto • Hipotiroidismo • Enfermedad del corazón • Asthma • Accidente cerebrovascular • Enfermedad Vascular Periférica • trastorno hemorrágico • Enfermedad renal • Hepatitis • Cáncer • VIH / SIDA • Enfermedad de próstata / Ampliación • Convulsiones • Depresión • Esquizofrenia • bipolar • Trastorno por Déficit de Atención

• otro _____ • _____

Alergia:

Haga una lista de cualquier alergia y su reacción. Incluir alergia al látex y al yodo

Antecedentes Quirúrgicos:

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS o caídas anteriores que resultó en un dolor continuo o lesiones:

HISTORIA FAMILIAR:

Haga una lista de dolencias o enfermedades en su familia inmediata (p. ej. Mamá - Diabetes), especialmente condiciones relacionado a dolor:

HISTORIA SOCIAL:

Ocupación: _____

¿Fuma? • SÍ • NO cuántos paquete / día _____ años _____

Bebes Alcohol? • SÍ • NO en caso afirmativo que cantidad _____ / con que frecuencia _____

¿Utiliza alguna otra droga ilegal (marihuana, cocaína, etc.)? • SÍ • NO

Usted alguna vez ha sido o es actualmente adicto a cualquier Medicamento/ droga • SI • NO

En caso afirmativo, cual? _____

Estado civil? • soltero(a) •viudo (a)•casado(a) • divorciado(a)

¿Vive usted solo? • SÍ • NO ¿con quién vive _____

¿Alguna vez has visto o ha sido tratada por un psicólogo o psiquiatra? • SÍ • NO

En caso afirmativo, ¿cuál fue el diagnóstico _____

PHQ2

Durante los último mes se ha molesto por:

Poco o ningún interés en hacer cosas • SÍ • NO

Sentimiento de desánimo, depresión, desesperanza • SÍ • NO

ESTAS SINTIENDO ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS?

GENERAL:

Pérdida del apetitosi /no

pérdida de peso reciente• sí • no

fiebre o escalofríos• sí • no

falta de energía/fatiga• sí • no

Endocrinos:

intolerancia al frío/calor..... • si • no

micción frecuente..... • si • no

dificultad para dormir..... • si • no

aumento de la sed..... • si • no

Cardiovasculares:

dolor de pecho.....• sí • no

palpitaciones..... sí • no

inflamación de la pierna• sí • no

ortopnea• sí • no

Respiratorios:

dificultad respiratoria• sí • no

tos crónica .• sí • no

sibilancias.....• sí • no

Ojos:

visión borrosa• sí • no

visión doble• sí • no

pérdida de visión• sí • no

dolor ocular• sí • no

Rinon / Vejiga / Orina

DOLOR AL URINAR.....• sí • no

sangre en la orina..... •si •no

Reduce la producción de orina • si • no

Piel:

erupción de la piel• sí • no

comezón• sí • no

erupciones frecuentes• sí • no

Gastrointestinales:

náuseas o vómitos.....• sí • no

acidez• sí • no

sangre en heces.....• sí • no

estreñimiento.....• sí • no

Orejas/Nariz/Garganta:

Dolor de garganta.....• sí • no

pérdida auditiva• sí • no

dificultad para tragar.....• sí • no

dolor de oído• sí • no

Neurológico:

temblor.....• sí • no

mareos.....• sí • no

convulsiones• sí • no

hormigueo /Entumecimiento• sí • no

Psiquiátricos:

Depresión.....• sí • no

pensamientos suicidas• sí • no

pérdida de memoria.....• sí • no

ansiedad• sí • no

Hematológicos: formación fácil de hematomas.....• sí • no

sangrado fácil• sí • no

Cuestionario de Dolor:

¿Dónde es el dolor? _____

Cuando comenzo y que le causo este dolor? _____

¿Cuánto tiempo has tenido el dolor? _____

Dónde está el dolor localizado? _____

¿el dolor se irradia a algun lugar? _____

cuántas horas duermes cada noche? _____

describa el dolor y los síntomas. (Marque todos los que correspondan)

Agudo punzante hormigueo dolorosa pulsátil entumecimiento ardor

otros _____

que hace que el dolor empeore? (Marque todos los que correspondan)

Subir escaleras bajar escaleras caminando parado sentado inclinándose hacia adelante
inclinándose hacia atras tosiendo acostado alcanzar levantar las manos mover el cuello

otros _____

como se le alivia el dolor? (Marque todos los que correspondan)

Sentado caminando acostado inclinándose hacia Adelante inclinándose hacia tras estirándose
calor frio relajado en cama medicamentos ¿cuáles?

qué tratamientos	has intentado en el pasado	¿Cuántas semanas ayudado	(sí o no)
Terapia Física	_____	_____	_____
Quiropráctico	_____	_____	_____
Faja Ortopedica	_____	_____	_____
Inyección para dolor	_____	_____	_____
Compresa frias/caliente	_____	_____	_____
Masaje	_____	_____	_____
Teléctricos	_____	_____	_____
Medicamentos para el dolor (narcóticos)	_____	_____	_____
Medicamentos no narcóticos	_____	_____	_____
Cirugía	_____	_____	_____

Círcule cual es su promedio de dolor

(sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dolor insoportable)

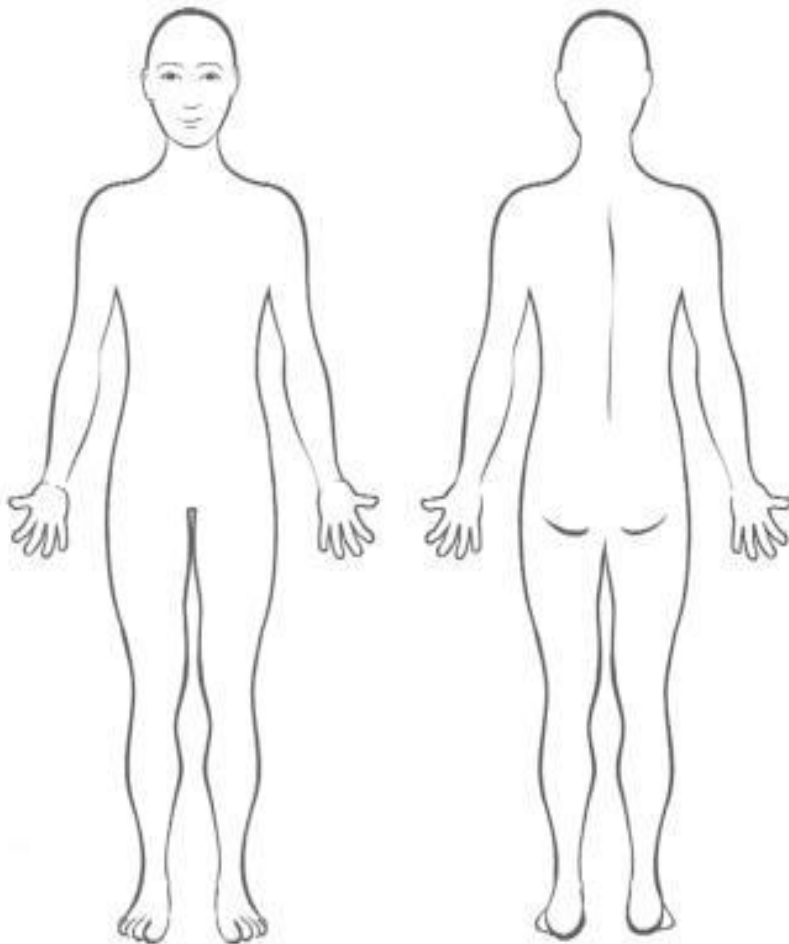
Círcule cuando el dolor está en su mejor momento

(sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dolor insoportable)

Círcule cuando el dolor esta en su peor momento

(sin dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dolor insoportable)

Por favor marque donde esta localizado su dolor



dolor

XXXXXXXXX

entumecimiento

OOOOOOOOO

Política de citas perdidas

Nuestra meta es proporcionar atención médica individualizada de calidad de manera oportuna. "No shows", llegadas tardes y cancelaciones son inconvenientes para las personas que necesitan a la atención médica de manera oportuna. Nos gustaría recordarle nuestra política de oficina con respecto a las citas perdidas. Esta política nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica.

La cancelación de una cita

Para ser respetuoso de las necesidades médicas de otros pacientes, por favor sea cortés y llame a la oficina si usted no puede presentarse a su cita. Este tiempo se reasignará a alguien que necesita tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, se requiere que usted llame al menos 24 horas de antelación. Las citas están en alta demanda, y su pronta cancelación le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a la atención médica oportuna.

Cómo cancelar una cita

Para cancelar citas, favor de llamar al 813-667-2460. Si la recepcionista no le responde, puede dejar un mensaje detallado en el correo de voz. Si desea volver a programar su cita, por favor de dejar su número de teléfono y le devolveremos su llamada y le daremos la próxima cita disponible.

Política de "No Show"

Un "no-show" es alguien que pierde una cita sin cancelarla de manera adecuada, que es de 24 horas antes de su cita. El hecho de no estar presente en el momento de la cita será registrada en la tabla del paciente como un no-show. La cita será considerada un no show si el paciente cancela su cita el mismo día.

Se le realizara un cobro de \$25 en su proxima visita regular, de ser una inyeccion se le cobrara \$35 y si fuese un RFA el pago seria de \$45.

He leído y entiendo esta política. Estoy de acuerdo en cumplir y darme cuenta de que si no lo hago, puedo ser multado.

Firma: _____

Fecha: _____

Somos humanos y compasivos y entendemos que ciertas cosas ocurren fuera de nuestro control. En raras circunstancias podemos hacer excepciones, pero requeriremos documentación. Esto se hará caso por caso ya que es discreción única de la clínica como cortesía.

Formulario de liberación médica

Universal Joint and Spine Specialists

Jay Parekh D.O.

Board certified Interventional Pain Management

8318 North Habana Ave. Tampa FL 33614

Phone (813) 667-2460 Fax (813) 667-2461

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ SSN: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de _____

Por la presente autorizo a la entidad listada a continuación a divulgar información médica:

Información médica solicitada:

 x Todos los records medicos.

Firma del Paciente

Fecha

Esta publicación autoriza la divulgación de los records por un año a partir de la fecha firmada arriba. Entiendo que estos records están protegidos bajo las leyes federales y / o estatales. Y no puede revelarse sin el consentimiento por escrito a menos que la ley disponga otra cosa. Entiendo además que el tipo específico de información que debe divulgarse pueden incluir, si procede, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades físicas y / o mentales, síndrome de deficiencia autoinmunitaria (SIDA), complejo relacionado con el SIDA o Infección por VIH para cualquier admisión. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento a menos que la instalación, que hace la divulgación de información ya lo ha hecho basándose en el consentimiento.

Autorización de uso y divulgación de información protegida de salud

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Autorizo:

Universal Spine and Joint Specialists a usar o divulgar la siguiente información de atención médica:

toda mi información de salud mantenida por usted.

Otros: _____

Puede revelar esta información al siguiente:

1. Nombre y/o organización: _____

Relación: (padre, hijo, hermano, tutor legal, etc): _____

2. Nombre y/o organización: _____

Relación: (padre, hijo, hermano, tutor legal, etc): _____

II. Mis Derechos

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento. Sin embargo, puede ser necesario firmar este formulario de autorización para recibir servicios de salud cuando el propósito es crear información de salud por terceras partes. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento a Universal Spine and Joint Specialists a la dirección proporcionada a continuación, Si lo hago, no afectará a las acciones ya emprendidas por Universal Spine and Joint Specialists basada en esta autorización; usos y las revelaciones no puede ser devuelta. Yo no podre revocar esta autorización si su propósito era obtener alguna información de seguro. Las leyes de privacidad ya no pueden protegerlo.

Firma de paciente o legalmente autorizado

Fecha

Si el paciente es incapaz de firmar a causa de (menores, discapacitados, etc.)

Nuestra dirección a revocar

8318 North Habana Ave, Tampa FL 33614

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HISTORIA DE E-PRESCRIPCIÓN Y MEDICACIÓN

EPrescribing se define como la capacidad de un médico para enviar electrónicamente una información precisa, libre de errores directamente a una farmacia. Congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente recetas es un elemento para mejorar la calidad de la atención al paciente. EPrescribing reduce grandemente los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 lista los estándares que deben incluirse en un programa de ePrescribe. Éstas incluyen:

- **Transacciones de formularios y beneficios-** Proporcionar al médico información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de medicamentos.
- **Transacciones del historial de medicamentos** - Proporcionar al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar el número de eventos fármacos adversos.
- **Notificación de estado de llenado** – Permitir al médico recibir un aviso electrónico dejando saber si la receta del paciente ha sido recogida, no recogida o parcialmente llena.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Universal Spine and Joint Specialists puede solicitar y/o usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de salud y / o terceros para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Universal Spine and Joint Specialists para inscribirme en el Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Imprimir nombre _____ DOB _____

Firma del paciente o tutor _____

Relación al paciente _____

Fecha _____

Política Financiera

Debido a nuestro compromiso de proporcionarle el más alto nivel de atención médica, queremos que usted sea consciente de nuestras políticas relativas al pago de sus gastos médicos.

En la visita inicial y en todas las visitas, el paciente es responsable de todos los copagos / coseguro y cantidades asignadas por la compañía de seguros más cualquier deducible aplicable. **Si nuestra oficina no puede verificar los beneficios del seguro, el pago es al registrarse para su cita.**

Si su compañía de seguros envía el pago directamente a usted, entonces el pago se debe en su totalidad en cada visita. Si está esperando que la cobertura sea efectiva o no tiene seguro médico, el pago se debe en su totalidad el día de su visita. Para su conveniencia se acepta VISA, MasterCard, efectivo o cheque. No aceptamos asignaciones de terceros ni reconocemos o hacemos cumplir los términos de los decretos de divorcio.

Requerimos que un adulto (padre o tutor legal) acompañe a un paciente menor a menos que se otorgue una autorización por escrito a nuestra oficina. El adulto que acompaña al paciente menor es obligado a pagar de acuerdo con nuestras políticas.

En caso de que se produzca un pago excesivo sobre el deducible, copagos /coseguro y cantidades asignadas tendrá un crédito a su cuenta. Reembolso está disponible bajo petición.

Hay una tarifa de servicio de \$ 30.00 en todos los cheques devueltos, además de la cantidad del cheque. Los cheques sin fondos deben redimir con fondos certificados (tarjeta de crédito, giro postal, cheque certificado o efectivo) en o antes de su próxima visita a la oficina.

He leído y entendido la Política Financiera anterior y acepto cumplir con los términos de la política.

Imprimir nombre

Firma

Fecha

Universal Spine and Joint Specialists

Asignación de beneficios

Por la presente le autorizo a usted, a mi compañía de seguros y / o a mi abogado, a pagar directamente **Universal Spine and Joint Specialists**, las sumas que deban y adeudan por el servicio prestado, y retener dichas sumas por prestaciones por discapacidad, pagos médicos, beneficios sin culpa o cualquier otro seguro obligatorio de reembolso o de cualquier acuerdo, juicio o veredicto en mi nombre. Por la presente presento un gravamen a Universal Pain Specialists Inc. haciendo negocios como **Universal Spine and Joint Specialists** contra cualquier y todos beneficios de seguros nombrados en el presente, y cualquier producto de cualquier arreglo, juicio o veredicto que puede ser pagado a mí como resultado de las lesiones o enfermedades por las cuales he sido tratado por **Universal Spine and Joint Specialists** como resultado de la fecha de pérdida mencionada anteriormente.

De acuerdo con las estatutas de la Florida 627.4137, por la presente asigno los beneficios del seguro y todas las causas de acción disponible bajo mi póliza de seguro de automóvil a mi médico y / o **Universal Spine and Joint Specialists** en caso de que mi compañía de seguros obligada a hacer pagos a mi médico y / o **Universal Spine and Joint Specialists** por servicios, se niega a hacer o reducir dicha compañía de seguros para esos beneficios en mi nombre. Con el fin de maximizar los beneficios disponibles bajo la cobertura de mi póliza, solicitar que si la compañía no paga a mi médico y / o **Universal Spine and Joint Specialists** la cantidad de la (s) cuenta (s) presentada (s), para evitar el agotamiento de la cobertura mientras mi médico y / o **Universal Pain Specialists** en el ejercicio de sus derechos bajo esta cesión, autorizo y dirijo a la compañía de seguros a depositar en fideicomiso una cantidad igual al monto total de dicha denegación o reducción, y mantener la cantidad en depósito hasta que la disputa resulte en el foro apropiado.

Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de los montos totales a mi médico y / o **Universal Spine and Joint Specialists** por sus servicios.

Si usted no proporciona su seguro medico en su primera visita, entonces usted ha solicitado que nosotros no facturemos ningun seguro medico y acepta ser responsable de los cargos. Además, si se factura el seguro médico y su reclamo fue negado, usted será responsable de todos los cargos pendientes.

Autorizo a mi médico y / o **Universal Spine and Joint Specialist** a divulgar cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado para facilitar la recolección bajo esta cesión lien y autorización. Estoy de acuerdo en que el médico mencionado y / o **Universal Spine and Joint Specialists** pueda endosar / firmar mi nombre en cualquier y todos los cheques y reclamo formularios para el pago de mi factura.

Entiendo que si esta cuenta es asignada a un abogado para recolección y / o demanda, el médico y **Universal Spine and Joint Specialists** tendrán derecho a honorarios razonables de abogado y costo de recolección. Yo también entiendo que si cualquier cheque malo está escrito, acepto pagar por esos costos añadidos.

Firma del asegurado o reclamante

Fecha