



Universal Spine & Joint Specialists

8318 North Habana Ave, Tampa FL 33614

6496 US HWY 41 N, Apollo Beach FL 33572

26854 Ridgebrook Dr, Wesley Chapel FL 33544

Teléfono: 813-667-2460 Fax 813-667-2461

Paquete para paciente nuevo

Estimado paciente,

Bienvenido a Universal Spine and Joint Specialists. Esperamos reunirnos con usted y desarrollar una relación profesional. Nos dedicamos a crear un plan individualizado para cada paciente que atendemos. Nuestra meta final es restablecer la vitalidad y reducir el sufrimiento.

Tómese su tiempo para repasar este paquete y sea lo más meticuloso posible. Respetamos su tiempo, al completar este paquete nos permite ofrecerle el cuidado más eficaz y óptimo posible.

Prescribimos cantidades mínimas o nada de opioides. Somos una clínica de tratamientos quirúrgicos, intervencionistas y multimodales con énfasis mínimo en analgésicos.

Asegúrese de que lo siguiente esté completo antes de venir a nuestro consultorio.

- **De ser necesario, traiga la remisión o autorización previa del consultorio médico remitente.**
- **Historia clínica elaborada por el médico de cabecera y/o médicos remitentes.**
- **Solicite copias o registros de cualquier imagen (radiografías, resonancia magnética, tomografía) o otras pruebas de diagnósticos (electromiografía, por ejemplo).**

El día de la cita, traiga lo siguiente:

- **Este paquete**
- **Tarjeta del seguro: se debe presentar el primer día si se facturará al seguro**
- **Identificación otorgada por el gobierno (licencia de conducir, pasaporte, identificación estatal)**
- **Método de pago (efectivo, cheques, tarjeta de crédito)**
- **Si no habla inglés o español, traiga a alguien que pueda traducir su idioma, esto nos permitirá asegurarnos de que la comunicación sea efectiva.**

Fecha de su cita: _____

Hora: _____

NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO DE DOMICILIO: _____ CELULAR: _____
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ MÉDICO DE CABECERA: _____
MÉDICO DE TRATAMIENTO PRIMARIO/QUIROPRÁCTICO: _____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____ **NÚMERO DE LA FARMACIA:** _____

MEDICAMENTOS:

Enumere todos los medicamentos, dosis y frecuencia. Incluya todos y cada uno de los medicamentos que toma para el dolor.
Enumere todos los medicamentos, aunque sean de venta libre y suplementos herbales.

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

ANTECEDENTES MÉDICOS:

- ☐ Fibromialgia ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Herpes zoster
☐ Insomnio ☐ Apnea del sueño ☐ Diabetes ☐ Artritis reumatoide
☐ Dolor de cabeza/Migraña ☐ Hipertensión arterial ☐ Colesterol alto ☐ Hipotiroidismo
☐ Problema cardíaco o infarto ☐ Asma ☐ EPOC ☐ Gota ☐ Accidente cerebrovascular
☐ Insuficiencia venosa periférica ☐ Trastorno hemorrágico ☐ Problema renal ☐ Hepatitis
☐ Cáncer ☐ SIDA/HIV ☐ Enfermedad/hipertrofia prostática ☐ Convulsiones ☐ Depresión
☐ Bipolar ☐ Esquizofrenia ☐ Trastorno por déficit de atención
☐ _____ ☐ _____

ALERGIAS:

Enumere todas las alergias y su reacción. Incluya también alergia al látex o al iodo.

CIRUGÍAS PREVIAS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Enumere todo problema médico o enfermedad de su familia inmediata (por ejemplo, mamá diabética), en particular todo problema relacionado con dolor:

ANTECEDENTES SOCIALES:

Ocupación: _____

¿Fuma? ☐ SÍ ☐ NO ¿Cuántos paquetes por día? ____ Años _____

¿Bebe alcohol? ☐ SÍ ☐ NO En caso afirmativo, ¿cuánto/con qué frecuencia? ____

¿Consume alguna droga ilegal (marihuana, cocaína, etc.)? ☐ SÍ ☐ NO

¿Alguna vez ha tenido adicción a algún medicamento/droga o la tiene actualmente? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, ¿a cuál? _____

¿Cuál es su estado civil? ☐ SOLTERA/O ☐ CASADA/O ☐ DIVORCIADA/O ☐ VIUDA/O

¿Vive sola/a? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es "no", ¿con quién vive? _____

PHQ2

Durante el último mes, con frecuencia le ha molestado lo siguiente:

Siente poco o ningún interés por hacer cosas ☐ SÍ ☐ NO

Siente desánimo, depresión o desesperanza ☐ SÍ ☐ NO

Repaso de los síntomas

¿En estos momentos siente alguno de los síntomas siguientes?

GENERALES:

Pérdida del apetito	☐ SÍ	☐ NO	Reciente pérdida de peso	☐ SÍ	☐ NO
Fiebre o escalofríos	☐ SÍ	☐ NO	Pérdida de energía/Fatiga	☐ SÍ	☐ NO

ENDOCRINO:

Intolerancia al calor/frío	☐ SÍ	☐ NO	Micción frecuente	☐ SÍ	☐ NO
Problemas para dormir	☐ SÍ	☐ NO	Aumento de la sed	☐ SÍ	☐ NO

CARDIOVASCULAR:

Dolor torácico	☐ SÍ	☐ NO	Palpitaciones	☐ SÍ	☐ NO
Hinchazón de piernas	☐ SÍ	☐ NO	Ortopnea	☐ SÍ	☐ NO

RESPIRATORIO:

Falta de aliento (disnea)	☐ SÍ	☐ NO	Tos crónica	☐ SÍ	☐ NO
Sibilancia	☐ SÍ	☐ NO			

OJOS:

Visión borrosa	☐ SÍ	☐ NO	Visión doble	☐ SÍ	☐ NO
Pérdida de visión	☐ SÍ	☐ NO	Dolor ocular	☐ SÍ	☐ NO

RIÑÓN/VEJIGA/ORINA:

Dolor al orinar	☐ SÍ	☐ NO	Sangre en la orina	☐ SÍ	☐ NO
Incontinencia	☐ SÍ	☐ NO	No/Menor cantidad de orina	☐ SÍ	☐ NO

PIEL:

Sarpullido	☐ SÍ	☐ NO	Picazón	☐ SÍ	☐ NO
Sarpullidos frecuentes	☐ SÍ	☐ NO			

GASTROINTESTINAL:

Nausea o vómitos	☐ SÍ	☐ NO	Acidez	☐ SÍ	☐ NO
Sangre en las heces	☐ SÍ	☐ NO	Estreñimiento	☐ SÍ	☐ NO

NARIZ/GARGANTA/OÍDO:

Dolor de garganta	☐ SÍ	☐ NO	Pérdida de la audición	☐ SÍ	☐ NO
Problemas al tragar	☐ SÍ	☐ NO	Dolor de oídos	☐ SÍ	☐ NO

NEUROLÓGICOS:

Temblor	☐ SÍ	☐ NO	Vértigo	☐ SÍ	☐ NO
Convulsiones	☐ SÍ	☐ NO	Hormigueo/Insensibilidad	☐ SÍ	☐ NO

PSIQUIÁTRICOS:

Depresión	☐ SÍ	☐ NO	Pensamientos suicidas	☐ SÍ	☐ NO
Pérdida de memoria	☐ SÍ	☐ NO	Ansiedad	☐ SÍ	☐ NO

HEMATOLÓGICOS/LINFÁTICOS:

Tendencia a moretones	☐ SÍ	☐ NO	Tendencia a hemorragias	☐ SÍ	☐ NO
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

CUESTIONARIO DEL TEMA DE CONSULTA PRINCIPAL:

¿Dónde le duele? _____

¿Cuándo ocurrió esto y pasó algo lo que causó? _____

¿Cuánto tiempo ha padecido este dolor? _____

¿Dónde se encuentra el dolor? _____

¿Hacia dónde se dirige el dolor? _____

¿Cuántas horas duerme por la noche sin despertarse? _____

Describe el dolor y los síntomas. (Encierre con un círculo todos los que apliquen)

Agudo Punzante Hormigueo Molesto Palpitante

Entumecimiento Ardor Otros _____

¿Qué empeora el dolor? (Encierre con un círculo todos los que apliquen)

Bajar escaleras Subir escaleras Caminar Estar parado Estar sentado

Inclinarse hacia adelante Inclinarse hacia atrás Toser

Acostarse de espaldas Estirarse para buscar algo Levantar los brazos Girar la espalda

Otro _____

¿Qué alivia el dolor? (Encierre con un círculo todos los que apliquen)

Estar sentado Encorvarse Caminar Estar acostado Inclinarse hacia adelante

Acostarse de espalda Estirarse Descansar Calor Frío Descansar en la cama Medicamento

Si es medicación, ¿cuál? _____

¿Qué tratamientos ha intentado en el pasado? ¿Durante cuánto tiempo recibió estos tratamientos? ¿Ayudaron? (Indicar abajo)

Tratamientos	Probó (marcar X en caso afirmativo)	Cuántas semanas	Ayudó (sí o no)
Terapia física	_____	_____	_____
Quiropráctico	_____	_____	_____
Corrector	_____	_____	_____
Inyecciones	_____	_____	_____
Almohadilla de hielo/calor	_____	_____	_____
Masaje	_____	_____	_____
TENS/Estimulación eléctrica	_____	_____	_____
Medicamentos (no narcóticos)	_____	_____	_____
Cirugía	_____	_____	_____
Otros:			

Política sobre pérdida de citas

Nuestra meta es dar atención médica individualizada y de calidad de manera oportuna. Las "faltas", llegadas tardes y cancelaciones perjudican a quienes necesitan recibir atención médica de manera oportuna. Por ello, nos gustaría recordarle nuestra política de consultorio relativa a pérdida de citas. Esta política nos permite utilizar mejor las citas disponibles para los pacientes que necesitan atención médica.

Cancelación de una cita

Por respeto a las necesidades médicas de otros pacientes, tenga la cortesía de llamar con prontitud al consultorio si no puede asistir a una cita. Este tipo será reasignado a otra persona que necesite tratamiento. De ser necesario cancelar la cita programada, le pedimos que nos llame con 24 horas de antelación como mínimo. Las citas son muy demandadas y cuando usted cancela temprano, otra persona tiene la posibilidad de recibir atención médica oportuna.

Cómo cancelar una cita

Para cancelar una cita, llame al **813-667-2460**. Si no puede hablar con la recepcionista, deje un mensaje detallado en el buzón de voz. Si desea reprogramar la cita, deje indicado su número de teléfono. Le devolveremos la llamada y le informaremos el horario de la próxima cita disponible.

Política en casos de inasistencia:

Definimos "inasistencia" al hecho de que una persona falte a una cita sin cancelarla como corresponde, lo que es 24 horas antes de la cita. El no estar presente al momento de la cita programada será asentado en el registro del paciente como "inasistencia". Una cita se considerará como inasistencia si el paciente llega 15 minutos tarde a la cita.

La primera inasistencia no tendrá costo para el paciente. La segunda inasistencia tendrá un arancel de \$50.00, facturados a la cuenta del paciente. La tercera inasistencia tendrá un arancel de \$50.00, facturados a la cuenta del paciente y podría tener como resultado la baja del paciente del consultorio.

La primera inasistencia a un procedimiento se cobrará \$100.00 para todos los procedimientos, salvo en el caso de ablación por radiofrecuencia. Las inasistencias a las ablaciones por radiofrecuencia se cobrarán \$500.00 pues estos procedimientos requieren de tiempo y equipos costosos adicionales.

He leído y comprendo esta política. Acepto cumplir y entiendo que si no lo hago, podría tener que pagar determinados cargos.

Firma: _____ Fecha: _____

Somos humanos y humanitarios, y entendemos que pueden ocurrir cosas fuera de nuestro control. En ciertas circunstancias podríamos hacer excepciones. Esto se hará sobre un análisis de cada caso individual y a exclusiva discreción de la clínica, como cortesía.

Formulario de divulgación de información médica

Universal Joint and Spine Specialists

Médicos con Certificación de la Junta

Teléfono (813) 667-2460

Fax (813) 667-2461

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

SSN: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Por la presente autorizo a la entidad abajo indicada para divulgar información médica a:

Universal Joint and Spine Specialists

8318 North Habana Ave. Tampa FL 33614

Teléfono (813) 667-2460

Fax (813) 667-2461

Información médica solicitada:

☒ Toda la historia clínica

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Esta divulgación autoriza la difusión de la historia clínica por un año a partir de la fecha arriba firmada. Entiendo que esta historia clínica está protegida bajo las leyes federales y estatales, y no puede ser divulgada sin el consentimiento por escrito a menos que la ley establezca otra cosa. Entiendo además, que el tipo específico de información a divulgar podría, de ser aplicable, incluir: diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una enfermedad física y/o mental, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complicación relacionada con el SIDA o infección por HIV para cualquier admisión. Entiendo que tengo el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, a menos que el centro, que está para divulgar la información, ya lo haya hecho en virtud de la certidumbre dada en el consentimiento.

Universal Spine and Joint Specialists

Formulario de solicitud de acceso a la historia clínica del paciente

1. Información del paciente. Soy un paciente y mi información se encuentra más abajo:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Últimos 4 números del SSN: _____

2. Cuál historia clínica se solicita. Solicito una copia de la siguiente historia clínica:

☒ Todo registro o historia clínica;

3. Dónde deben ser enviados los registros: Solicito el envío de mis registros a: (Incluya cualquier médico, centro de atención médica, miembros de la familia, abogados o cualquier persona con la que usted esté de acuerdo que divulguemos los registros)

Nombre del destinatario: _____

Nombre del destinatario: _____

Nombre del destinatario: _____

Nombre del destinatario: _____

Nombre del destinatario: _____

4. Divulgación de registros. Los registros o historia clínica podrían ser divulgados por fax, correo electrónico, físicamente en persona o por correo certificado.

Usted puede revocar esta solicitud en cualquier momento haciéndolo por escrito. La revocación solo entrará en vigor en la fecha que nosotros recibamos el escrito y no afectará otros registros que hayamos enviado en su nombre antes de dicha fecha.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente (si no es paciente): _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL DE MEDICAMENTOS Y RECETAS ELECTRÓNICAS

ePrescribing, o emisión de recetas electrónicas, se define como la capacidad de un médico de enviar de forma electrónica una receta precisa, sin errores y comprensible directamente a la farmacia desde el centro de atención médica. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar las recetas de forma electrónica es un importante factor para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes. Las recetas electrónicas reducen notablemente los errores en la medicación y mejoran la seguridad de los pacientes. La Ley de Modernización de Medicare (MMA, por sus siglas en inglés) del año 2003 enumera los estándares a incluir en el programa ePrescribe. Incluye:

- **Formulario y transacciones de beneficios:** Informa al profesional que emite la receta cuáles son los medicamentos cubiertos por el plan de beneficios en medicamentos.
- **Transacciones del historial médico:** Informa al médico los medicamentos que el paciente ya está tomando, para minimizar los efectos secundarios causados por los medicamentos.
- **Notificación del estado del despacho:** Permite al profesional que emite la receta recibir un aviso electrónico de la farmacia que le informa si el medicamento recetado al paciente ha sido recogido o no, o si ha sido parcialmente despachado.

Al firmar el presente formulario de consentimiento usted acepta que Universal Pain Specialists solicite y use su historial de medicamentos recetados de otros prestadores de cuidados médicos y/o entidades de pagos de beneficios de farmacia de terceros para fines de tratamiento.

Al comprender todo lo anterior, por la presente otorgo mi consentimiento informado a Universal Pain Specialists para que me inscriban en el Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de preguntar y estoy satisfecho con las respuestas a todas las preguntas.

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente o tutor _____

Relación con el paciente _____

Fecha _____

Universal Spine and Joint Specialists

Asignación de beneficios

Por la presente autorizo a usted, a mi compañía de seguros y/o abogado, a pagar directamente a Universal Spine and Joint Specialists, cualquier suma y monto adeudado por los servicios prestados y a retener tales montos por cualquier beneficio por discapacidad, pagos médicos, beneficios sin determinación de culpabilidad y o cualquier otro beneficios de seguros obligados a reintegrar, o cualquier otro arreglo, juicio o veredicto en mi nombre. Por la presente además confiero el privilegio a Universal Pain Specialists Inc., con nombre comercial Universal Spine and Joint Specialists, de cualquier y todo beneficio de seguro mencionado en el presente documento y a cualquiera y todos los beneficios de cualquier arreglo, juicio o veredicto que se me pueda pagar a consecuencia de lesiones o enfermedades por las cuales he sido tratado por Universal Spine and Joint Specialists a consecuencia de la fecha de pérdida arriba mencionada.

En virtud de los Estatutos 627.4137 de Florida, por la presente asigno los beneficios de seguro y cualquier y todas las causas de acciones disponibles en virtud de mi póliza de seguro automotriz a mi médico y/o Universal Spine and Joint Specialists en caso de que mi compañía de seguros, obligada a pagar a mi médico y/o a Universal Spine and Joint Specialists por sus servicios, se niegue a hacer o reduzca dicha compañía de seguros tales beneficios en mi nombre. Con el objeto de maximizar los beneficios disponibles bajo la cobertura de mi póliza, solicito que, si la Compañía no paga a mi médico y/o a Universal Spine and Joint Specialists el monto total de la factura presentada, para evitar que se agote la cobertura mientras mi médico y/o Universal Spine and Joint Specialists busca su derecho en virtud de esta Asignación, yo autorizo e instruyo a la Compañía de Seguros a reservar y colocar en fideicomiso un monto igual al monto total de cualquier negativa o reducción de este tipo, y a retener el monto en fideicomiso hasta que la disputa sea resuelta en el tribunal apropiado.

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

Si no trae el seguro de salud en la primera consulta, entonces nos estará solicitado que no le facturemos a ningún seguro de salud y acepta ser responsable de los cargos. Además, si se factura al seguro de salud y el reclamo es denegado, usted será responsable de todos los cargos a pagar.

Autorizo a mi médico y/o Universal Spine and Joint Specialists a divulgar cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, mediador o abogado para facilitar el cobro en virtud de la presente Asignación, Cesión y Autorización. Acepto que el médico arriba mencionado y/o Universal Spine and Joint Specialists, el Poder Notarial otorgado para suscribir/firmar mi nombre sobre cualquiera y todos los cheques y formularios de reclamo para el pago de mi factura.

Entiendo que si esta cuenta es asignada a un abogado para el cobro y/o acción judicial, el médico y/o Universal Spine and Joint Specialists tendrán derecho a los honorarios de abogados y costos de cobro razonables. Entiendo también que si se emite un cheque incorrecto, acepto pagar por ese costo adicional.

Con fecha _____ de _____, 20____.

_____.

Firma del titular de la póliza o del demandante