



8318 North Habana Ave, Tampa, FL 33614

26854 Ridgebrook Dr, Wesley Chapel, FL 33544

620 Mid-Florida Dr, Lakeland, FL 33813

1162 Bell Shoals Rd, Brandon, FL 33511

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
- 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:

Temblores 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? _____

Describa 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
 Inclinar hacia adelante Inclinar 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 Inclinar 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:			

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

Estimado Nuevo Paciente:

Nuestra práctica médica no está afiliada con ninguna compañía de seguros de salud privada y no acepta Medicare ni otros planes o beneficios de seguros de salud gubernamentales.

Contamos con un acuerdo de pago alternativo que le permitirá posponer los pagos de sus cargos médicos y facilitará manejar y prepararse para esta inesperada situación financiera.

Estamos más que dispuestos a responder cualquier pregunta que pueda tener antes de que firme este documento. También tiene la oportunidad de que este documento sea revisado por un abogado de su elección antes de firmarlo.

Al firmar a continuación, está afirmando que comprende que la práctica no acepta seguros de salud ni beneficios de Medicare y que todas sus preguntas sobre este tema han sido respondidas satisfactoriamente por la práctica médica.

Yo, _____, reconozco por la presente que esta práctica médica no acepta ningún seguro de salud ni beneficios de Medicare. Deseo ser atendido y tratado por esta práctica médica y entiendo que soy personalmente responsable de cualquier factura médica incurrida por mi tratamiento.

Firma

Fecha: _____

ACUERDO DE PAGO DIFERIDO (APD)

1. Universal Spine and Joint Specialists acuerda proporcionar la atención y tratamiento médicamente necesarios al paciente mencionado, de acuerdo con los términos y condiciones de este acuerdo.
2. Entiendo que Universal Spine and Joint Specialists no está afiliado con ningún seguro de salud privado y no participa en Medicare. Como resultado, acepto ser atendido y tratado bajo este acuerdo de pago con la práctica.
3. Universal Spine and Joint Specialists se compromete a brindar la atención médica y tratamiento médicamente necesarios y a facturarme a su tarifa habitual y habitual.
4. Con base en este acuerdo, Universal Spine and Joint Specialists pospondrá la recopilación de estas facturas médicas según se describe a continuación.
5. Comprendo y acepto que soy personalmente responsable de todos los cargos médicos facturados por Universal Spine and Joint Specialists por mi tratamiento y que si en algún momento incumplí con esta obligación, estoy sujeto a una acción de cobro y/o litigio civil iniciado por Universal Spine and Joint Specialists para recuperar la deuda médica mencionada. Mis obligaciones bajo este acuerdo son independientes y no están sujetas a ninguna otra contingencia u ocurrencia.
6. Comprendo que tengo el derecho de solicitar, por escrito (el formulario será proporcionado por la práctica a pedido), un estimado de los cargos médicos que se incurrirán antes de somerme a cualquier tratamiento o procedimiento en Universal Spine and Joint Specialists.
7. Si he retenido a un abogado, solicito y ordeno a la Práctica que siga mi dirección para que cualquier estimado de costos para atención médica y tratamiento y/o facturación médica real por servicios proporcionados se envíe directamente a su oficina.
8. Universal Spine and Joint Specialists acuerda posponer la colección de cualquier factura proporcionada durante 24 meses a partir de la fecha de mi primer tratamiento médico sin intereses.

9. Si mi deuda médica sigue siendo debida y pendiente al final de ese período de tiempo, acepto pagar una Tasa Anual del 5% (en adelante denominada "APR") sobre la deuda médica incurrida durante el tercer año que la deuda está debida y pendiente.

10. Además, acepto pagar un APR adicional del 5% por cada año adicional que la deuda permanezca pendiente hasta cinco años a partir de la fecha de mi primer tratamiento en la Práctica o un máximo del 15% de interés APR. El interés mencionado se capitalizará anualmente.

11. Al finalizar el período de cinco años, a menos que haya negociado un acuerdo de pago con Universal Spine and Joint Specialists, se iniciarán acciones de cobro y/o litigio civil para la recuperación de la totalidad de la deuda médica e intereses asociados que permanezcan pendientes.

12. Yo, el paciente, celebro este acuerdo libre y voluntariamente. He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta a la Práctica y se me han proporcionado respuestas satisfactorias a esas preguntas.

13. Además, he tenido la oportunidad de que este acuerdo sea revisado por un abogado de mi elección antes de firmarlo."

Paciente/Tutor Legal (si el paciente es menor):

Firma

Fecha: _____