



Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Teléfono del domicilio #: _____
_Teléfono del trabajo #: _____ Teléfono celular #: _____
_ *Email: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
*Raza: _____ Etnicidad: _____ *Idioma: _____
*Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Núm. de licencia: _____
Estado civil: Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Separado _____ Casado _____
Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de farmacia #: _____
Empleo: Si _____ No _____ Occupation: _____ Empleador: _____
Dirección del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono celular #: _____ Teléfono del trabajo #: _____
Referencia el nombre del medico: _____ Teléfono #: _____
Médico de atención primaria: _____ Teléfono #: _____

Nombre del seguro principal: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Relación: _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / ____ Núm. de Seguro Social: _____ - _____ - _____
No. de identific: _____ Número del grupo/ póliza: _____

Nombre del seguro secundario: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Relación: _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / ____ Núm. de Seguro Social: _____ - _____ - _____
No. de identific: _____ Número del grupo/ póliza: _____

Compañía de seguros de auto: _____
Póliza #: _____ Fecha del accidente: _____
Ajustador de reclamos: _____ Teléfono #: _____

*Required Per Meaningful Use

Nombre:

Fecha de la visita:

(Si necesita espacio adicional escribir en otra hoja y adjunte)

MOTIVO DE CONSULTA: (¿Cuál es el principal problema para el que usted tiene una cita esta visita?): _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: (¿Cuándo, dónde y cómo empezó el problema) Sé detallada. _____

Describir todos los problemas de la columna anterior que usted haya tenido, aunque resolvió _____

MEDICAMENTOS: (. Por favor liste y incluir dosificación incluyen medicamentos de venta sin receta y suplementos)

Nombre del medicamento

Dosis

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a medicamentos: _____

PRUEBAS: (Háblenos de Nueva resonancia magnética, tomografía computarizada, o de otras pruebas que ha tenido para su problema de la columna vertebral y la lista de la fecha realiza.) _____

PROBLEMAS DEL PASADO Y CONSULTAS MÉDICAS: (Liste sus experiencias pasadas con otras enfermedades, operaciones, lesiones y tratamientos) _____

Los implantes / cirugía u otro metal en el interior del cuerpo:

Tipo _____ Locación _____

Problemas con la anestesia, por favor describe _____

FAMILIA HISTORIA: (Indicar antecedentes familiares de eventos médicos de sus padres / hermanos incluidas las enfermedades que pueden ser hereditarias) _____

HISTORIA SOCIAL:

Su situación laboral actual: _____ Ocupación: _____

Consumo de Alcohol: Si No En caso afirmativo, cuánto _____ /día _____ /semana

Uso Tabaco: Si No En caso afirmativo, cuánto _____ /día _____ /semana

Cafeína: Si No En caso afirmativo, cuánto _____ /día _____ /semana

Drogas recreativas: Si No

¿Ves a tu médico de atención primaria para chequeos regulares? : Si No

La rutina de ejercicio: _____

Visita Inicial

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Draw the location of your pain on the body outlines and mark how bad it is on the pain line at the bottom of the page

<u>DOLOR</u>	<u>ARDIENTE</u>	<u>ENTUMECIMIENTO</u>	<u>HORMIGUEO</u>	<u>PUNZANTE</u>
AAAA	=====	0 0 0 0 0 0 0 0	////////	● ● ● ● ● ●
XXXX	AAA	=====	0 0 0 0 0 0 0 0	////////
● ● ● ●	XXX			● ●

NO DOLOR

DOLOR ES

INTOLERABLE

MARCAR SU ESTIMACIÓN DOLOR

Nombre:
Por favor burbuja en la hoja siguiente:

Fecha:

Repaso de los sistemas: (¿tienes?)

General

Cambio de peso Si No
 No

Cansancio Si No
 No

Pérdida de apetito Si No
 No

Fiebre Si No
 No

Piel

Si No

Erupciones Si No

Picazón Si No
 Si No

Lesiones Si No
 No

HEENT

No

Dolor de cabeza Si No
 Si No

Cambio en la visión Si No
 No

Cambio de la audición Si No
 Si No

Hematología

Contusión fácil/sangrado Si No

Pulmones

Si No

Falta de respiración Si No

Tos Si No

Respiración sibilante Si No

Sistema cardíac

Sistema gastrointestinal

Acidez Si

Reflujo Si

Náusea Si

Vomitos Si

Problemas intestinales

Sistema Músculoesquelético

Muscle pain

Dolor en las coyunturas Si

Hinchazón Si

Espasmo

Rigidez Si

Pérdida de movimiento

GU

Problemas urinarios Si No

Problemas sexuales

Sistema neurológico

Weakness Si No

Numbness Si No

Sistema endocrino

Nombre:

Fecha:

Por favor burbuja en la hoja siguiente:

Dolor de pecho Si No
 Si No

Cambio de pelo/voz

Palpitaciones Si No

Problemas psiquiátricos

Soplo en el corazón Si No

Dificultad para dormir Si No

Si No

Enfermedad psiquiátrica

Cambios de humor Si No



AVISO

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

HIPAA Política de Privacidad

Nombre del Paciente: _____

Reconozco que se me proporcionó una copia de la información de salud personal
Política de Privacidad del David Campbell, MD, PA.

X _____

Firma del paciente o representante personal (marque con un círculo)

Fecha: _____

Si firma el representante personal aparece arriba, por favor describa su relación con el paciente:



RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE: MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR

Yo, _____, el paciente, entiendo que esta oficina no prescribe que las medicaciones narcóticas para la espina aguda o crónica relacionaran el dolor. He sido informado que si tengo una cirugía espinal, serán tratado por mi dolor postoperatorio en el hospital y durante mi recuperación postoperatoria en casa. Reconozco que si mi columna vertebral relacionadas con el dolor no está siendo actualmente controlada por los medicamentos, el proveedor de examen se referirá a un médico de gestión del dolor en mi examen visita hoy. También reconozco que si mi dolor postoperatorio no está siendo suficientemente gestionado por dosis estándar de medicamentos para el dolor postoperatorio de oral, será referido a un médico de gestión del dolor para gestionar el cuidado de mi dolor.

Nombre de paciente

Fecha