

EVALUACION INICIAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

QUE DOCTOR LA MANDO AQUI: \_\_\_\_\_

(referring physician)

¿CUAL ES SU QUEJA PUNICIPAL? (chief complaint): \_\_\_\_\_

FECHA DEL ACCDENTE (DOI): \_\_\_\_\_ OCUPACION (occupation): \_\_\_\_\_

¿ESTA TRABAJANDO ACTUALMENTE?(current employment staus) \_\_\_\_\_

Tiempo Completo o Medio Tiempo \_\_\_\_\_

¿TIENE RESTRJCIONES EN EL TRABAJO (work restrictions) ? \_\_\_\_\_

¿COMO OCURRIO EL ACCIDENTE? POR FAVOR SEA LO MAS ESPECIFICO POSIBLE (HOW DID THE ACCIDENT OCCUR?)

¿HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE EN EL PASADO (past injury if applicable)? \_\_\_\_\_

POR FAVOR CONQLETE EL SIGUENTE DIAGRAMA DE DOLOR. COLOQUE LOS SIMBOLOLS CORRESPONDENTES QUE ESTAN MAS ABAJO EN EL DIAGRAMA DEL CUERPO DONDE USTED ESTA TEÑENDO DOLOR.

A = SOLO DOLOR

ALTURA (HEIGHT) \_\_\_\_\_

P = DOLOR PENETRANTE

PESO (WEIGHT) \_\_\_\_\_

N = DOLOR CON HORMIGUEO

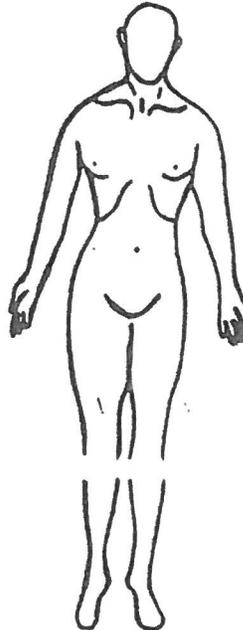
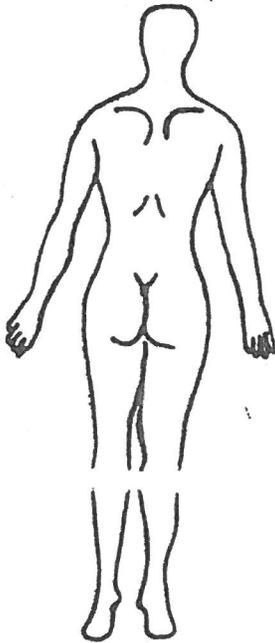
USA LA MANO DERECHA \_\_\_\_\_ IZQUIERDA \_\_\_\_\_

S = DOLOR QUE ARDE

PRESION (BLOOD PRESSURE) \_\_\_\_\_

B = DOLOR ENTUMECIDO  
PARTE DE ATRAS (BACK)

PULSO \_\_\_\_\_ RESP \_\_\_\_\_  
PARTE DE ADELANTE (FRONT)



PREGUNTAS GENERALES MEDICAS (Conteste SI O NO a las siguientes preguntas y por favor circule)

**GENERAL: SI o NO**

Ha tenido perdida de peso, fiebre, escalofrios, nausea, vomitos, etc.

**OJOS (EYES): SI o NO**

Problemas de mareos, problemas de vision, etc

**ODOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA (EARS NOSE MOUTH THROAT): SI o NO**

problemas con la sinus, de sangrar la nariz, problemas con los dientes, le suenan los oidos, sordo, etc

**CARDIOVASCULAR : SI o NO**

Historia de palpitaciones, Le palpita el corazon irregularmente, dolor al pecho, sin aliento, etc.

**RESPIRATORIOS (RESPIRATORY) SI o NO**

Historia de resuello asmatico, sin aliento, tos, transpiracion durante la noche, esputo de sange.

**GASTROINTESTINAL (GASTROINTESTINAL) SI o NO**

Historia de nausea, dolor abdominal, vomitos, ulceras, ictericia, sange, en Jos vomitos, diarrrhea, etc.

**URINARIOS (GENITIURINARY) SI o NO**

Problemas con retencion de Oñna, problemas de orinar constantemente, dolor al orinar, etc.

**PSIQUIATRICOS (PSYCHIATRIC) SI o NO**

Problemas nerviosos, alucinaciones, depression, etc

**ENDOCRINOLOS (ENDOCRINE) SI o NO**

Problemas con la piel , salen pelos donde DO deberia, problemas con la tiroide, piel /pelo seco, intolerancia al fio/ca)or, etc.

**SANGRE Y PROBLEMAS LNFATICOS ( BLOOD AND LYMPH) SI o NO**

Historia de anemia, sangar excesivamente, historia de su familia con problemas de sangar.

SI USTED CONTESTO A CUALQUIERA DE LA s PREGUNTAS DE ARRIBA, POR FAVOR EXPLIQUE(EXPLAIN IF ANSWERED YES): \_\_\_\_\_

TIENE HISTORIA DE FAMILIA DE CUALQUERA DE LOS PROBLEMAS DE ARRIBA (FAMILY HISTORY OR ABOVE PROBLEMS) \_\_\_\_\_

¿ESTA SIENDO TRATADO POR CUALQUERA DE LAS CONDICIONES DE ARRIBA? (ARE YOU BEING TREATED FOR ANY OF THESE CONDITIONS) \_\_\_\_\_ ¿SI ES ASI, QUE DOCTOR Lo ESTA TRATANDO? (WHICH DOCTOR IS TREATING YOU) \_\_\_\_\_

HABITOS SOCIALES:

SOLTERO single \_\_\_\_\_ CASADO married \_\_\_\_\_ DIVORCIADO divorced \_\_\_\_\_ VIUDO widowed \_\_\_\_\_

¿TIENE HIJOS? (DO YOU HAVE KIDS) \_\_\_\_\_ CUANTOS? \_\_\_\_\_

¿FUMA? (DO YOU SMOKE) \_\_\_\_\_ ¿SI ES ASI, CUANTOS CADA DIA?(TIMES/DAY) \_\_\_\_\_

¿TOMA ALCOHOL? \_\_\_\_\_ ¿SI ES ASI, CUANTOS CADA SEMANA?(TIMES PER WEEK) \_\_\_\_\_

HISTORIA VOCACIONAL (VOCATIONAL HISTORY)

TRABAJOS QUE HA TENDO ANTERIORMENTE (PREVIOUS TYPE OF JOB) \_\_\_\_\_

¿CUANTO TIEMPO TIENE EN SU TRABAJO ACTUAL?(HOW LONG HAVE YOU BEEN WORKING AT YOUR CURRENT JOB) \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DOCTOR \_\_\_\_\_

¿QUE LE HACEN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES A SU DOLOR? (MARQUE CON UNA X)  
 (WHAT DO THE FOLLOWING ACTIVITIES DO TO YOUR PAIN)

**ALIVA (RELIEVES) PEOR (WORSENS) NO CAMBIO (NO CHANGE)**

|   |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|
| <b>SENTADO (SITTING)</b>                  | _____ | _____ | _____ |
| <b>PARADO (STANDING)</b>                  | _____ | _____ | _____ |
| <b>CAMINANDO (WALKING)</b>                | _____ | _____ | _____ |
| <b>DOBLANDOSE ADELANTE (BEND FORWARD)</b> | _____ | _____ | _____ |
| <b>DOBLANDOSE ATRAS (BACKWARD)</b>        | _____ | _____ | _____ |
| <b>TORCIENDOSE EL LADO (SIDE BENDING)</b> | _____ | _____ | _____ |
| <b>SUBIENDO ESCALERAS (UPSTAIRS)</b>      | _____ | _____ | _____ |
| <b>BAJANDO ESCALERAS (DOWNSTAIRS)</b>     | _____ | _____ | _____ |
| <b>TOCIENDO (COUGHING)</b>                | _____ | _____ | _____ |
| <b>ESTORNUDANDO (SNEEZING)</b>            | _____ | _____ | _____ |

¿CUANDO ES SU DOLOR PEOR DURANTE EL TRANCURSO DEL DIA? (PAIN DURING COURSE OF THE DAY)

|                          | NO DOLOR | DOLOR MODERADO |   |   |   |   |   |   |   |   | DOLOR SEVERO |
|--------------------------|----------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|
| <b>MANANA (MORNING)</b>  | 0        | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10           |
| <b>TARDE (AFTERNOON)</b> | 0        | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10           |
| <b>NOCHE (NIGHT)</b>     | 0        | 1              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10           |

¿QUE INTENSIDAD TENIA EL DOLOR CUANDO RECTEN COMENZO? (el 10 es el mas fuerte)  
 (How bad was the pain when it first started)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿QUE NIVEL DE DOLOR TENE EN ESTE MOMENTO? (el 10 es el mas fuerte)  
 (how bad is your pain level right now)

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿QUE DOCTOR LO VIO PRIMERO? (Who first treated you?) \_\_\_\_\_

¿LE AYUDO EL TRATAMIENTO? (Did the treatment work?) \_\_\_\_\_

¿QUE MEDICAMENTOS USO? \_\_\_\_\_

¿CUANTOS DOCTORES HA VISTO? (How many doctors have you seen?) \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO TERAPIA FISICA? (have you had physical therapy?) \_\_\_\_\_

SI LA HA TENIDO, ¿ CUANTAS VECES A LA SEMANA? \_\_\_\_\_ ¿CUANTAS SEMANAS? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA (PAST MEDICAL HISTORY)**

CONDICIONES MEDICAS QUE HA TENIDO EN EL PASADO Y ACTUALMENTE: (past and current conditions)

\_\_\_\_\_

CIRUGIAS QUE HA TENIDO EN EL PASADO: (past surgeries) \_\_\_\_\_

¿TIENE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO?(DRUG ALLERGIES) \_\_\_\_\_

¿ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO?(CURRENT MEDICATIONS) \_\_\_\_\_

¿POR CUANTO TIEMPO LOS HA ESTADO TOMANDO? (HOW LONG HAVE YOU BEEN TAKING THEM?)

\_\_\_\_\_

SIERRA REGIONAL SPINE INSTJTUTE  
6630 SOUTH MCCARRAN BLVD, SUITE A-4 RENO, NV 89509 (775) 828-2873  
JAMES RAPPAPORT, MD  
PHELP C. KIP, MD  
JAMES H. OLSON, MD  
SPINAL & ORTHOPAEDIC SURGERY  
ROBERT G. BERRY, MD  
JOHN L REYHER DO  
CHRISTOPHER D. TWOMBLY, MD  
PHYSICAL MEDICINE & REHAB

FECHA: \_\_\_\_\_

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

(Patient Name)

Direccion Fisica: \_\_\_\_\_

(Address)

Direccion de Correo: \_\_\_\_\_

(Billing Address)

Telefono de la Casa: \_\_\_\_\_ Edad (Age): \_\_\_\_\_

(Home Phone)

Numero de Seguro Social \_\_\_\_ (SSN) : \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador (Employer) : \_\_\_\_\_

Telefono del Trabajo(Work phone): \_\_\_\_\_

Direccion de trabajo (Work address): \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado(City): \_\_\_\_\_ Codigo Postal(Zipcode): \_\_\_\_\_

Esposo (a) (Spouse) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (DOB) \_\_\_\_\_

Telefono (phone number) \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia/telefono \_\_\_\_\_

Aseguranza Principal(primary insurance): \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ No. de Identificacion  
(subscriber ID): \_\_\_\_\_

Nombre del que tiene la Aseguranza (Insurer name): \_\_\_\_\_

No. de Poliza (policy number): \_\_\_\_\_

Aseguranza Secundaria:

Telefono: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

No. de Identificacion (subscriber ID): \_\_\_\_\_

Nombre del que tiene la Aseguranza (Insurer name): \_\_\_\_\_

No. de Poliza (policy number): \_\_\_\_\_

ACCIDENTE DE TRABAJO (NO COMPLETE SI ESTO NO ESTÁ RELACIONADO CON EL TRABAJO)

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ No. De Reclamo \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza Industrial: \_\_\_\_\_

Nombre y telefono de la Persona a Cargo \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Naturaleza del Accidente/ Parte del cuerpo: \_\_\_\_\_

Empleador cuando se hirió: \_\_\_\_\_

Doctor que lo refirió \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (o Padre/Guardian): \_\_\_\_\_

**ORTHOPEDIC REHABILITATION SPECIALISTS OF NEVADA**  
**6630 —A South McCarran Blvd Ste 4 Reno, NV 89509**  
**POLIZA FINANCIERA**

Gracias por elegimos como su especialista de la espina dorsal y especialista ortopedico. Nos compretamos al exito de su diagnostico y tratamiento. Por favor comprenda que el pago de su cuenta es considerado integral a nuestro plan de tratamiento y relacion entre el doctor/paciente. Lo siguiente es una declaracion de nuestra Poliza Financiera, que requerimos que usted lea y firme antes de su tratamiento.

En relacion a su Aseguranza:

Aceptamos la mayor parte de aseguranzas, Medicare, Medicaid, Workers Compensation, casos de pago privado, segunda opinion en caso de cirugia y Evaluacion Medica Independiente. Somos proveedores preferidos en la mayoria de los planes. Requerimos autorizacion para HMO y otros planes con cuidado del doctor principal. Sin embargo, es su responsabilidad ver si su compania de aseguranza nos autoriza para tratarlo y una autorizacion esta en su expediente.

Su poliza de aseguranza es un contrato entre usted y su compania de aseguranza. La cuenta es su responsabilidad (hay excepciones con casos de Workers Compensation). Si su cuenta no es pagada dentro de 60 dias, nosotros requerimos que usted contacte a su aseguranza para instrucciones para asi seguir con su cuidado.

Por favor comprenda que ciertos servicios no estan cubiertos o son considerados no razonables y necesarios bajo Medicare y/u otro programa de aseguranza medica. Esto no significa que no son necesarios o excesivos para el doctor o el paciente.

Debe Pagar Cuando Recibe el Servicio

Debido a la constante alta en costos al procesar su aseguranza y cuenta, Sierra Regional Spine Institute cobrara interes de 1 h % por mes en cuentas que no se han pagado en mas de 30 dias. Estamos haciendo esto, en lugar de aumentar los precios a todos los pacientes, lo cual afectaria a esos pacientes que pagan sus cuentas a tiempo.

Cobros Normales y Habituales

Nuestra practica esta comprometida a dar el mejor tratamiento posible a nuestros pacientes y tenemos mucho cuidado de cobrar solamente lo que es normal y habitual para nuestra area. Usted es responsable por el pago completo, aunque la compania de aseguranza tenga problemas

Citas Perdidas

Nuestra poliza es cobrar por citas si no son canceladas al menos 24 horas por adelantado.

El cobro es \$150,00 por citas de pacientes nuevos y \$100 por citas de chequeo. Por favor mantenga su cita para que asi podamos servile mejor, no solo a usted pero tambien a otros pacientes.

Gracias por comprender nuestra Poliza Financiera. Por favor denos a conocer si tiene cualquier pregunta o preocupacion.

He leido la Poliza Financiera de Orthopedic Rehabilitation of Nevada. Comprendo y estoy de acuerdo con esta Poliza Financiera.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Consentimiento del Paciente Nuevo para el Uso y Revelacion de la Informacion de Salud para el Tratamiento, Pago, o para las operaciones del Cuidado de Salud de**

**SIERRA REGIONAL SPINE INSTITUTE**

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que como parte de mi cuidado de salud, SIERRA REGIONAL

SPINE INSTITUTE, origina y mantiene papeles y/o records electronicos que describen mi historia de salud, sintomas, examinacion, resultados de exámenes, diagnosticos, tratamiento, y planes para mi cuidado del futuro o tratamiento. Comprendo que esta informacion sirve como: c Una base para planear mi cuidado y tratamiento

- Un medio de comunicacion entre muchos profesionales de salud quienes contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de informacion para aplicar mi diagnostico e informacion de mi cirujia a mi cuenta
- Un medio por el cual el tercer pagador puede verificar que servicios cobrados fueron realmente dados, y
- Un instrumento para operaciones rutinarias de su cuidado de salud tales como calcular calidad y revisar la capacidad de los profesionales que le estan dando su cuidado de salud.

Comprendo y se me a a oe VISO e n ormacion de esta Practica el cual da una descripcion mas completa de los usos de informacion y revelacion. Comprendo que tengo los siguientes derechos y privilegios: o El derecho de revisar este aviso antes de firmar este consentimiento o El derecho a objetar el uso de mi informacion de salud para objetivos de directorios. y o El derecho para pedir restricciones de como mi informacion de salud puede ser usada o revelada para hacer el tratamiento, pago u operaciones de rni cuidado de salud

Comprendo que SIERRA REGIONAL SPINE NSTITUTE no esta obligado a estar de acuerdo a las restricciones pedidas. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto si la organizacion ya ha tomado accion. Tambien comprendo que al rehusar firmar este consentimiento o revocarlo, esta organizacion puede rehusar darme e) cuidado medico como es permitido en la Seccion 164.506 del Codigo de las Regulaciones Federales.

Mas aun comprendo que SIERRA REGIONAL SPINE NSTITUTE reserva el derecho de cambiar su aviso y practicas y puede hacerlo antes de ponerlo en practica, de acuerdo con la Seccion 164.520 del Codigo de las

Regulaciones Federales. Si esta oficina cambia este aviso, Ud recibira una copia del aviso revisado y sera mandado a la direccion que ya los ha dado.

Deseo tener las siguientes restricciones para el uso o revelacion de mi informacion de salud:

\_\_\_\_\_  
Comprendo que como parte del tratamiento de esta organizacion, pago, u operaciones de) cuidado de salud, puede que llegue a ser necesario dar mi informacion protegida de salud a otra entidad, esto incluye dando esta informacion por el fax y yo consiento a esto.

Yo comprendo y acepto/declino los terminos de este consentimiento

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY

Consent received by \_\_\_\_\_

### Autorizacion del Paciente

POR FAVOR LEA ESTE AVISO DE PRIVACIDAD USADO EN ESTA OFICINA y si gusta pida una copia para sus records.

Por favor nombre los miembros de la familia u otras personas a las cuales podemos informarle de su condicion general medica y su diagnostico (esto incluye tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de su salud)

---

---

Por favor nombre los miembros de la familia u otra persona a la cual podemos informarle de su condicion medica en caso de EMERGENCIA:

Nombre: Telefono:

---

---

Nombre: Telefono:

---

Por favor escriba la direccion donde Ud prefierie que le mandemos su cuenta y/o correspondencia si es diferente a su direccion de casa:

---

Por favor escriba el numero de telefono (si es diferente al numero telefonico de su casa) donde quiere que lo llamemos para recordarle de citas o si necesitamos otra informacion referente a su cuidado de salud, (comprendo que el telefono celular no es una linea segura) \_\_\_\_\_  
(comprendo que mensajes pueden dejarse en la maquina de respuesta o voz de correo)

Al firmar este papel estoy confirmando my autorizacion para uso/revelacion de mi informacion de salud protegida como es descrita en este fomulario y el AVISO DE ESTA PRACTICA DE PRIVACIDAD. Comprendo que al firmar esto, no es una condicion de tratamiento. Estoy confirmando que he leido el AVISO DE ESTA PRACTICA DE PRIVACIDAD y estoy de acuerdo con lo que dice. Comprendo que puedo revocar esta autorizacion, solo necesito traer o mandar una nota escrita a esta oficina.

Nombre (letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del Guardian/Padre (si es menor de 18 anos): \_\_\_\_\_

Firma del Guardian/Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_