



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Patient information)

Nombre (Name):	Fecha de nacimiento (DOB):	Edad (Age):	Sexo (Sex):
Raza (Race):	Origen étnico (Ethnicity):	Idioma principal (Language):	
Dirección: (Ciudad, Estado, Zip) (Address: City, State, Zip code)			
Dirección de facturación (Billing Address):		Número de Seguro Social (Social Security number):	
Empleo: Completo / Parte / Ninguno (Job FT, PT, none):		Empleador (Employer):	
Número de teléfono principal (Primary phone#)	Teléfono del trabajo #: (Work #)	Número de teléfono celular: (Cell phone#)	
Dirección de correo electrónico: (Email Address)			

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (Emergency contact information)

Nombre de contacto de emergencia: (Emergency contact name)	Número de teléfono celular: (Emergency contact #)
Relación: (Relation)	Teléfono Residencial #: (Home phone #)

INFORMACIÓN DE SEGUROS (Insurance information)

Seguro Primario: (Primary Insurance) Copago: (Copay)	Seguro Secundario: (Secondary Insurance) Copago: (Copay)
Certificado#/ID de póliza: Certificate#/Policy ID	Número de certificado/ID de directiva:
Número de grupo: (Group #)	Número de grupo: (Group #)
Nombre del suscriptor:(Subscriber name)	Nombre del suscriptor: (Subscriber name)
Suscriptor DOB/Relación:(Subscriber DOB/Relationship)	Suscriptor DOB/Relación: (Subscriber DOB/Relationship)
Médico remitente: (Referring physician)	¿Cómo Te enteraste de nosotros? (How did you hear about us?)

Autorización para pagar beneficios al médico: Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar reclamos de seguro de salud. También solicito el pago de beneficios a mi proveedor cuando aceptan la asignación. Autorización para divulgar información médica: Por la presente autorizo a mi proveedor divulgar cualquier información necesaria para mi curso de tratamiento. Certifico que la información anterior es correcta a partir de la fecha firmada.

Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____

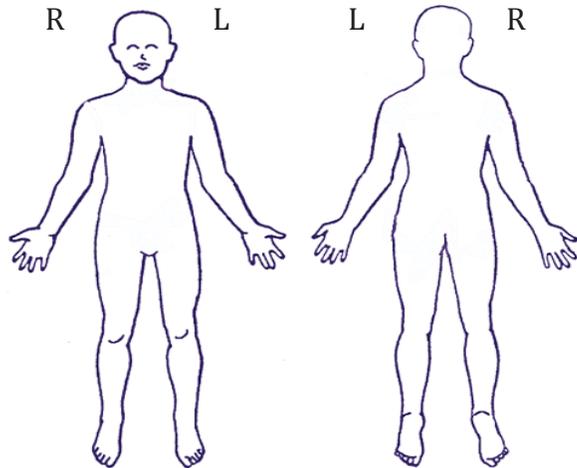
Proveedor de Referencia (Referring Provider): _____

Estatura (height): _____ Peso (weight): _____

Accidente/Heridas (Accident/Injury)

- **Está actualmente involucrado en un litigio con respecto a su lesión?** (Are you currently involved in a litigation regarding your injury?) Si / No (Yes/ No)
- **Fecha del Accidente** (Date of Accident/injury): _____
- **Tu dolor esta relacionado con tu empleo?** (Is your pain work related?) Si / No (Yes/No)
- **Esta Compensación del trabajador involucrada?** (Workman's compensation involved?) Si / No (Yes/No)

Circula el area de tu dolor (Circle the area of pain)



Inicio de tu dolor (Onset of pain):

Agudo (Acute) Repentino (Sudden) Gradual

Severidad del dolor (Severity of Pain):

Leve (Mild) Moderado (Moderate) Severo (Severe)

Intensificada de tu dolor en tu mejor estado: (Intensity of pain at best)

(circula un #) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Intensidad del dolor en tu peor estado: (Intensity of pain at worst)

(circula un #) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Intensidad del dolor promedio: (Intensity of pain at average)

(circula un #) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Descripcion del dolor: (Description of pain)

- Profundo (Deep)
- Como Agujas (Pins & Needles)
- Dolor punzante (Shooting)
- Calambres (Cramping)
- Adormecimiento (Numbness)
- Quemason (Burning)
- Presion (Pressure)

Patron del Dolor: (Pain Pattern)

- Episodico (Episodic)
- Persistente (Persistent)
- Intermitente (Intermittent)

Curso del dolor: (Course of pain)

- Gradual
- Empeorando (Worsening)
- Recurrente (Recurrent)
- No Hay cambios (No change)
- Gradual/m mejorando (Gradual Improving)
- Rapidamente mejorando (Rapidly Improving)

Duracion del dolor: (Duration of pain)

- Anos, cuantos? (Years, how many?) _____
- Meses, cuantos?(Months how many?) _____
- Semanas (Cuantos? (Weeks, how many?) _____

Dolor agravado por: (Pain Aggravated by)

- Nada (Nothing)
- Acostado (Lying down)
- Caminando (Walking)
- Estornudar/Toser (Sneezing/Coughing)
- Flexion (Bending/Twisting)
- Sentado/ De pie (Sitting/Standing)
- Movimiento intestinal (Bowel Movements)

Dolor aliviado por: (Pain Relieved by)

- Nothing(Nada)
- Descanso (Rest)
- Ejercicio (Exercise)
- Calor (Heat)
- Sentado (Sitting)
- Terapia Fisica (Physical Therapy)
- Frio/hielo (Ice)
- Cambio de posicion (Change in position)
- Medicamentos para el dolor (Pain Medication)

Actividades diarias deterioradas por el dolor:

(Daily activities impaired by)

- Ninguna (None)
- Trabajo (Work)
- Intimidad (Intimacy)
- Dormir (Sleeping)
- Ejercicio (Exercise)

Dispositivos de Asistencia: (Assistive Devices)

- Ninguno (None) Silla de ruedas (Wheelchair)
- Baston (Cane) Caminador (Walker)

Tratamientos que hayan fallado: (Failed treatment)

- Terapia Fisica (Physical Therapy)
- Quiropractico (Chiropractic)
- Cirugia (Surgery)
- Inyecciones epidurales (Epidural)
- Analgesicos (NSAID's)
- Masaje (Massage)
- Inyecciones facetarias (Facet Injections)
- Modificacion de actividades (Modification of Activity)

Porfavor marcar una x en todo lo que aplica: (Please mark all that apply)**Constitucional** (Constitutional)

- Fatiga (Fatigue)
- Perdida de peso (Weightloss)

Cabeza (Head)

- Alergias estacionales (Seasonal allergies)
- Vertigo
- Perdida del oido (Hearing loss)

Eyes (Ojos)

- Vision borrosa (blurred vision)
- Doble vision (double vision)
- Perdida de vision (loss of vision)
- Dolor con luz (Pain with light)

Respiratorio (Respiratory)

- Respiracion corta (shortness of breath)
- Apnea del sueno (sleep apnea)
- Tos cronica (chronic cough)

Cardiovascular

- Dolor en el pecho (chest pain)
- Ritmo cardiac ligero (Rapid heart rate)
- Hinchazon/Dolor de piernas (swelling/pain legs)

Gastrointestinal (Gastrointestinal)

- Dolor abdominal (abdominal pain)
- Constipacion (constipation)
- Heces con sangre (bloody stool)
- Heces oscuras (Tarry stool)
- Diarrea (diarrhea)
- Vomito (Vomiting)
- Nauseas

Musculoeseletico (Musculoskeletal)

- Dolor en las articulaciones (joint pain)
- Espasmos musculares (muscle spasm)
- Dolor en la espalda (Back pain)
- Dolor en el cuello (neck pain)
- Movimiento restringido (Restricted motion)

Psiquiatrico (Psychiatric)

- Depresion (Depression)
- Ansiedad (Anxiety)
- Cambios de humor (Mood Changes)
- Ataques de panico (Panic Attacks)

Piel (Skin)

- Picazon (Itching)
- Sudor excesivo (Excessive sweating)
- Heridas abiertas (Open Wounds)
- Ulceras (Ulcers)
- Moretones (Bruising)
- Erupciones (Rashes)

Neurologico (Neurological)

- Dolores de cabeza (Headaches)
- Adormecimiento (Numbness)
- Problemas para caminar (Trouble walking)
- Debilidad en las piernas (Leg weakness)
- Convulsiones (Seizures)
- Pérdida del control intestinal o vesical (Loss of bowel or bladder control)

Endocrino (Endocrine)

- Cambio en el apetito (Appetite change)
- Problemas de Tiroides (Thyroid problems)

Hematológico/linfático (Hematologic/Lymph)

- Hemorragias nasales (nose bleeds)
- Sangra facilmente (bleeds easy)
- Coagulos de sangre (blood clots)

Garganta/Cuello (Throat/Neck)

- Ulceras (Ulcers)
- Glandulas inflamadas (swollen glands)

Medicamentos Actuales (Current Prescriptions):

Medicaciones (Medication), Dosis (Dose)(mg),
Frecuencia (Frequency)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Reaccion Alergica a medicamentos:

(Allergic to any medications)

Estas tomando anticoagulants? Si / No

Are you taking any blood thinners?

Historial Familiar (Family History):

Porfavor especifique un miembro de familia

(Please specify family member)

- Diabetes _____
- Cancer _____
- Alzheimer _____
- Salud Mental (Mental Illness) _____
- Alta Presion (High blood pressure) _____
- Migrana/Migraines _____

Historial de problemas medicos y cirugias

(Past Medical History and surgeries):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Diagnostico previo por imagen:

(Previous Imaging)

- Radiografias (Xrays)
- Escaneo de huesos (Bone Scan)
- Resonancia Magnetica (MRI)
- Tomografia (CT scan)

Evaluaciones previas (Previous evaluation)

- Sala de emergencia (ER visit)
- Doctor primario (Primary Doctor)
- Neurologo (Neurology)
- Atencion urgencias (Urgent Care)

Consumes alcohol? (Do you drink)? Si / No

Bebidas alcoholicas por semana (servings per week) _____

Fumas (Do you smoke)? Si / No

Cuantas veces (dias, semanas) (days, weeks) _____

Alguien en tu familia ah tenido abuso de las siguientes?

(Has anyone in your family had a history of)

- Abuso de alcohol (Alcohol abuse)
- Abuso de Drogas (Drug abuse)
- Abuso de medicamentos (Prescriptions)

Haz tenido histoial de abuso sexual en tu preadolescencia?

(Have you had a history of preadolescent sexual abuse)?

Haz sido diagnosticado en el pasado con:

(Have you ever been diagnosed in the past with)

- Depresion (Depression)
- Trastorno por deficit de atencion (ADD)
- Bipolar (Bipolar disorder)
- Esquizofrenia (Schizophrenia)



CESIÓN DE GANANCIAS, GRAVAMEN Y AUTORIZACIÓN

Por la presente, autorizo y ordeno a todas y cada una de las compañías de seguros, abogados, agencias, departamentos gubernamentales, compañías, individuos y / u otras entidades legales ("**pagadores**"), que pueden elegir o estar obligados a pagarme, proporcionarme o distribuir beneficios por cualquier condición médica, accidente, lesión o enfermedad, pasada, presente o futura ("condición") a pagar directa y exclusivamente en nombre de **CAROLINA SPINE AND PAIN CENTERS ("oficina")** las sumas que puedan ser debidas a la Oficina por los cargos incurridos por mí en la Oficina en relación con mi condición ("cargos") con dichos pagos que se realizarán exclusivamente a nombre de **CAROLINA SPINE AND PAIN CENTERS** Además, concedo un gravamen a **la Oficina** con respecto a mis cargos. Este gravamen se aplicará a todos los pagadores y en la medida en que lo permita la ley de acuerdo con las Reglas de Conducta Profesional de Carolina del Sur Regla 1.15 (b), (d), (e), Regla 1.15 Comentario 4, Opinión Consultiva de Ética 94-20 y Opinión Consultiva de Ética 93-14. A los efectos de este documento (en adelante, "Asignación y gravamen"), los "beneficios" incluirán, entre otros, los ingresos de cualquier acuerdo, juicio o veredicto, así como cualquier producto relacionado con el seguro comercial de salud o grupal, los acuerdos de retención de abogados, los beneficios de pago médico, la protección contra lesiones personales, la cobertura sin culpa, la cobertura de automovilistas sin seguro y con seguro insuficiente, la distribución de responsabilidad de terceros, beneficios por discapacidad, beneficios de compensación al trabajador y cualquier otro beneficio o producto pagadero a mí para los fines establecidos en este documento.

Además, por la presente autorizo a **Carolina Spine and Pain Centers**, a presentar mi reclamo con mi seguro de salud. Entiendo, sin embargo, que en el caso de que mis cargos se presenten en su monto total a cualquier otra forma de seguro (por ejemplo, responsabilidad, medpay, etc.), por la presente autorizo y ordeno a **Carolina Spine and Pain Centers** que cobre todas y cada una de las cancelaciones o descuentos, emitidos por mi seguro de salud, de los ingresos de los otros seguros. Esta autorización no puede ser revocada sin el consentimiento expreso por escrito de **Carolina Spine and Pain Centers**.

En el caso de que contrate a uno o más abogados para que me representen en este asunto que no estén ubicados en Carolina del Sur, ordenaré a cada abogado que emita una carta de protección a esta oficina con respecto a mis cargos. Tras su emisión, acepto que dicha carta (s) de protección no puede ser revocada o modificada sin el consentimiento expreso por escrito de la oficina.

Autorizo a esta oficina a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento o pertinente a mis casos a todos los pagadores como se define anteriormente para facilitar el cobro bajo esta Asignación y Gravamen. Además, autorizo y ordeno a todos los pagadores y / o abogados que pueda contratar que divulguen a office cualquier información sobre cualquier cobertura o beneficios que pueda tener o pueda estar disponible para mí , incluidos, entre otros, la cantidad de cobertura, la cantidad pagada hasta ahora y la cantidad de cualquier reclamo pendiente, **incluyendo pero no limitado a toda la información pertinente para obtener detalles de cobertura como un informe policial, tarjeta de seguro, etc.** Por la presente, ordeno a esta oficina que presente una copia de esta Asignación y Gravamen, junto con cualquier cargo aplicable, con cualquiera o todos los pagadores, independientemente de si se ha establecido un reclamo con dichos pagadores, incluidos, entre otros, el seguro de salud grupal, medpay, responsabilidad civil y / o compensación de trabajadores. Además, autorizo a la Oficina a aplicar cualquier saldo de crédito sobre cargos relacionados con mi condición.



Entiendo que sigo siendo personalmente responsable del importe total adeudado a la Oficina por sus servicios. Esta Asignación y Gravamen no constituye una contraprestación para que esta oficina espere el pago y puede exigirme pagos inmediatamente después de prestar servicios como su opción. Si esta oficina debe tomar alguna medida para cobrar un saldo pendiente en mi cuenta, seré responsable del pago y reembolsaré a la oficina todos los costos de dichos esfuerzos de cobro, incluidos, entre otros, todos los costos judiciales y los honorarios de abogados. Esta Asignación y Gravamen no serán modificados o revocados sin el consentimiento mutuo por escrito de la Oficina y de mí o de mi abogado. Por la presente, revoco cualquier autorización firmada previamente, ya sea ejecutada en esta oficina o en cualquier otra oficina en la medida en que los términos de esas autorizaciones entren en conflicto con los términos de este Acuerdo y Gravamen.

Nombre del paciente (por favor imprimir) _____ Fecha _____

Firma del paciente (Sello) _____

Nombre del padre o tutor legal con custodia (por favor imprima) _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Carolina Spine and Pain Centers | 115 Brushy Creek Road, Easley, SC 29642 Oficina (864) 635-0376 | Fax (864) 442-6848