



**INFORMACION DE PACIENTE**  
CONTACTO INFORMACION

APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	
DIRECCION:				
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:				
NUMERO DE TELEFONO DE CASA:	NUMERO DEL CELULAR:		TRABAJA	SI NO
NOMBRE DE EMPLEADOR:		NUMERO DE TELÉFONO DE EMPLEADOR:		
DIRECCION DE EMPLEADOR (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL):				
FECHA DE NACIMIENTO:	ULTIMOS CUATRO NUMEROS DEL SOCIAL:		ESTADO MATRIMONIAL:	
	XXX-XX-			

CONTACTO DE EMERGENCIA:	NUMERO DE TELÉFONO
SIGUIENTE PERSONA:	NUMERO DE TELÉFONO
DIRECCION DE SIGUIENTE PERSONA:	

**CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACION**

Yo le doy autorización a Lone Star Orthopedics a autorizar cualquier información medico, adquirir durante el examen o tratamiento, incluyendo, pero no limitar, información incluyendo lo siguiente: Salud mental; Alcohol & Sustancia; VIH/ sida; a mi compañía de seguro; mi empleado; los otros doctores tratándolo o evaluando me; o mi abogado.

Esta autorización incluye verbal comunicación con mi empresario con respecto a mi condición y capacidad del trabajo, también incluye verbal comunicación con agentes de la compañía de seguro para el propósito de conseguir tratamiento /diagnostico aprobados

Yo autorizó pago directamente a Lone Star Orthopedics. Yo autorizó utilizar de esta forma con toda la sumisión con la compañía de seguro. Yo autorizo en la práctica actuar como mi agente para ayudar me conseguir pago de mi compañía de seguro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Esta autorización esta válido por 12 meses**

PATIENT NAME:  
NOMBRE DEL PACIENTE:

Página 2 de 3

QUE ES SU EDAD? \_\_\_\_\_

POR FAVOR DEFINIR LAS SINTOMAS QUE LO TRAJO A LA OFFICINA HOY. POR FAVOR DETALLAR LA PARTE DEL CUERPO QUE TIENE LA PROBLEMA Y TAMBIEN SI ES EL LADO DERECHO O IZQUIERDA.

QUE ES LA FECHA DE LA ACCIDENTE ?

ESTA RELACIONADO AL TRABAJO? SI O NO HA LA ESCUELA? SI O NO

QUANDO FUE EL ULTIMO DIA QUE USTED SI PODIA TRABAJAR O ATENDER LA ESCUELA ?

POR FAVOR DESCRIBIR SU TRABAJO. SI USTED NO ESTA TRABAJANDO, QUE ACERCA DE SU TRABAJO Y LA LESION LO IMPEDE HA TRABAJAR?

POR FAVOR DIGANOS LOS DETALLES DE LA LESION O ACCIDENTE Y COMO OCCURIO, O SI NO OCCURIO UNA LESION COMO USTED PRIMERO OBSERVO TU SINTOMAS:

COMO PIENSAS CADA PARTE DEL CUERPO USTED MENCIONO TEMPRANO SE DANO?

QUE DOCTORES USTED HA VISTO PARA ESTA PROBLEMA? POR FAVOR ENSCRIBA Y INDIQUE SI USTED FUE VISTO PARA TRATAMIENTO O SOLAMENTE PARA UNA OPINION:

FECHA NOMBRE DEL DOCTOR (NUMERO DE TELEFONO)

FECHA	NOMBRE DEL DOCTOR (NUMERO DE TELEFONO)	TRATAMIENTO / OPINION
		TRATAMIENTO / OPINION
		TRATAMIENTO / OPINION
		TRATAMIENTO / OPINION

FAVOR DESCRIBIR CUALQUIER TRATAMIENTO USTED HA RECIBIDO PARA ESTA PARTICULAR PROBLEMA. (PARA SER COSAS MAS FACIL, ALGUNOS TRATAMIENTOS ESTAN LISTADOS PARA USTED)

- TERAPIA FISICO O MANIPULACIONS CUANTAS SEMANAS? \_\_\_\_\_ LES AYUDO PARA ALGO? poco / algo / mucho
- INYECCIONS QUE PARTES DEL CUERPO? \_\_\_\_\_ CUANTAS VECES? \_\_\_\_\_ LES AYUDO PARA ALGO? poco / algo / mucho
- CIRUGIAS QUE TIPO DE CIRUGIA \_\_\_\_\_ LE AYUDO PARA ALGO? poco / algo / mucho
- QUE TIPO DE CIRUGIA \_\_\_\_\_ LE AYUDO PARA ALGO? poco / algo / mucho
- QUE TIPO DE CIRUGIA \_\_\_\_\_ LE AYUDO PARA ALGO? poco / algo / mucho
- HA TENIDO ADMINISTRACION DE DOLOR? SI O NO
- HA ECHO CONDICIONAMIENTO O ENDURECERSE DE TRABAJO? SI O NO
- HA RECIBIDO OTROS TRATAMIENTOS?

QUE CLASE DE ESTUDIOS DIAGNOSTICOS HA RECIBIDO Y CUANDO? (INCLUYENDO ESCANEAR DE CAT, ESCANEAR DE LOS HUESOS, MRI, EXAMEN DE LOS NERVIOS)

#### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo como el paciente o en nombre del paciente, voluntariamente doy consentimiento para el cuidado medico incluyendo diagnósticos, exámenes, o tratamientos de ser operado bajo el general y especialmente en dirección de Kenneth G. Berliner, M.D. y tal asociados o ayudantes como el pueda estimar lo necesario. Soy consciente que la práctica de medicina no es ciencia exacto y que no me ha dado ninguna garantía ha mi como los resultados de los tratamientos por el doctor Berliner y tal asociados o ayudantes.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

PATIENT NAME:  
NOMBRE DEL PACIENTE:

FAVOR LISTA LAS MEDICAMENTOS CURRIENTE

NOMBRE DE MEDICINA	DOSIS/FUERZA	FRECUENCIA					QUE DOCTOR RECETO LA MEDICINA
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	

FAVOR LISTA CUALQUIERA MEDICINA O TRATAMIENTO MEDICO USTED HA TENIDO UNA REACCION GRAVE:

FAVOR MARCAR AL LADO DE CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD USTED PUEDE TENER:

DIABETES  SI  NO  
 INFARTO  SI  NO  
 DERRAME CEREBRAL  SI  NO  
 PRESION ALTA  SI  NO  
 ASMA  SI  NO  
 ULCERAS  SI  NO  
 ATAQUE  SI  NO  
 TUBERCULOSIS  SI  NO  
 HEPATITIS  SI  NO SI TIENE QUE TIPO? A / B / C

ALGUIEN EN SU FAMILIA HA TENIDO ULGUNA DE ESTAS PROBLEMAS? CUAL MIEMBRO DE LA FAMILIA Y QUE PROBLEMA?

USTED HA FUMADO ANTES? SI O NO SI, FUMA CUANTOS PAQUETES POR DIA? \_\_\_\_

USTED HA BEBIDO ALCOHOL? SI O NO SI, TOMA CUANTO POR DIA? \_\_\_\_

USTED HA TENIDO ORTAS LESIONES DE HUESO O CONJUNTO QUE NO SON RELACIONADOS?

HA TENIDO UN ACCIDENTE DE VEHICULO DE MOTOR EN SU PASADO?

ANO	PARTES DEL CUERPO LESIONADO	HA RECIBIDO UN MRI?	SE HA RECUPERADO?
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DESDE _____
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DESDE _____

USTED HA TENIDO FIEBRE RECIENTEMENTE?  NO  SI  
 USTED HA PERDIDO PESO RECIENTEMENTE?  NO  SI  
 USTEDA TENIDO CAMBIO DE VISION RECIENTEMENTE?  NO  SI  
 USTED HA TENIDO RESFRIADO O GRIPE RECIENTEMENTE?  NO  SI  
 LE HAN DICHO ANTES SI USTED TIENE UN MURMULLO DE CORAZON?  NO  SI  
 USTED TENIDO NAUSEAS PROBLEMAS CON LA RESPIRACION?  NO  SI  
 USTED HA TENIDO DOLOR EN EL PECHO?  NO  SI  
 USTED TIENE RESOPLIDO?  NO  SI  
 TIENE TOS USTED?  NO  SI  
 USTED HA VOMITADO SANGRE ANTES?  NO  SI  
 USTED HA TENIDO RECIENTEMENTE ESCREMENTO NEGRO?  NO  SI  
 USTED SE HA SENTIDO NAUSEAS O SE HA VOMITADO RECIENTEMENTE?  NO  SI  SI  
 USTED TIENE ESTRENIMIENTO O DIARREA?  NO  SI  
 USTED ORINA MAS HA MENUDE DE LO QUE ESTA ACUSTUMBRADO?  NO  SI  
 USTED SE DESPERTA PARA ORINAR?  NO  SI  
 LE DUELE PARA ORINAR?  NO  SI  
 USTED HA NOTADO IRRITACIÓN Y RASCAR RECIENTEMENTE?  NO  SI  
 USTED HA NOTADO MASAS DEL PECHO RECIENTEMENTE?  NO  SI  
 USTED HA TENIDO DOLORES DE CABEZA RECIENTEMENTE?  NO  SI  
 USTED TIENE DESORDEN HEMORRAGIA?  NO  SI  
 USTED HA SALIDO POSITIVO AL EXAMEN DE VIH?  NO  SI

ACUERDO DE CUMPLIMIENTO

Yo me doy cuenta que el Dr. Berliner y tal asociados o ayudantes están hacendó una decisión medico que esta suposición este destinado que la información dada a al doctor es verdad y preciso. Estoy de acuerdo para ser sincero y preciso lo más razonablemente posible. Yo también comprendo que el resultado del tratamiento es parcialmente destinado en mí cooperación con el doctor Berliner y tal asociados o ayudantes que recetan plan de tratamiento. Yo estoy dando mi rendimiento como puedo ser razonablemente esperado.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_