

New Patient Information

Patient Name: _____ **DOB:** _____ **Age:** _____
(Nombre de Paciente) (Fecha de Nacimiento) (Edad)

Address: _____ **City:** _____ **ST:** _____ **Zip:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

SSN: _____ - _____ - _____ **Home Phone#:** _____ **Work:** _____ **Cell:** _____
(Numero de seguro social) (Telefono de casa) (Telefono de Trabajo) (Telefono de celular)

Employer: _____ **Phone#:** _____
(Nombre de Empleo) (Telefono de Empleo)

Spouse's Name: _____ **DOB:** _____ **Age:** _____
(Nombre de Espos/a) (Fecha de Nacimiento) (Edad)

Spouse's Employer: _____ **SSN:** _____ - _____ - _____
(Empleo de Espos/a) (Numero de seguro social)

Insurance Information

(Informacion sobre su Aseguransa)

Primary Insurance: _____ **Phone#:** _____
(Nombre de Aseguransa Primaria) (Numero de Telefono)

Claims Address: _____ **City:** _____ **ST:** _____ **Zip:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

Insured's Name: _____ **Group#:** _____
(Nombre de el persona que tienes el Aseguransa) (Numero de Grupo)

Member/ID#: _____ **Policy#:** _____
(Numero de miembro o ID) (Numero de Poliza)

Secondary Insurance

(Informacion sobre su Aseguransa Secundaria)

Secondary Insurance: _____ **Phone#:** _____
(Nombre de Aseguransa) (Numero de Telefono)

Claims Address: _____ **City:** _____ **ST:** _____ **Zip:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

Insured's Name: _____ **Group#:** _____
(Nombre de el persona que tienes el Aseguransa) (Numero de Grupo)

Member/ID#: _____ **Policy#:** _____
(Numero de miembro o ID) (Numero de Poliza)

Attorney's Name: _____ **Phone#:** _____
(Nombre de Abogado) (Telefono de su Abogado)

Address: _____ **City:** _____ **ST:** _____ **Zip:** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo)

Date of Injury: _____ **Who may we thank for referring you to our office?** _____
(Fecha que fue lastimado) (A quien le debemos las gracias por su referencia?)

Patient's Signature: _____ **Date:** _____
(Firma de Paciente) (Fecha)

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP) Por Joseph J. Schifini, MD, LTD.

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial 2o Nombre (Nombre Anterior U Otros Nombres Usados)

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Si esta Autorización es para cualquier propósito que no sea la publicación de la ISP por motivos personales, por favor indique el propósito aquí abajo:

Autorizo la publicación del historial médico por: Joseph J. Schifini, MD, LTD
600 S. Tonopah Drive
Suite 240
Las Vegas, NV 89106

Por favor publique el historial

médico solicitado a: Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: Estado C.P. _____
Número de Teléfono: () - _____
Número de Fax: () - _____

Autorizo expresamente el uso y la revelación de la siguiente ISP: **(Por favor proporcione una descripción detallada de los datos concretos y del período que está solicitando)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de Urgencias _____ | <input type="checkbox"/> Antecedentes Hospitalarios _____ |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes Clínicos _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio _____ | <input type="checkbox"/> Películas de Radiología _____ |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de Vacunas _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Patología _____ |
| <input type="checkbox"/> Diapositivas _____ | <input type="checkbox"/> Informes de Farmacia _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | |

Esta autorización caducará el 180o día contado a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se especifique una fecha anterior aquí abajo:

Al firmar el presente Formulario de Autorización, entiendo que estoy autorizando a JJS para que utilicen y/o revelen mi información de salud protegida (ISP) de la manera indicada más arriba. La información que será utilizada o revelada de conformidad con el presente formulario de autorización puede incluir información relacionada con: (1) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o (2) infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), tratamiento del uso indebido de drogas o alcohol, o (3) salud mental o conductual o tratamiento psiquiátrico. Si usted está solicitando anotaciones de las sesiones de psicoterapia mantenidas por un proveedor de salud mental, será necesario llenar otro formulario de autorización. Entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, informando a JJS mediante notificación por escrito dirigida al Joseph J. Schifini, MD, LTD, Departamento de Administración de la Información de Salud (*Health Information Management Department*), 600 S. Tonoaph Dr., Suite 240., Las Vegas, Nevada 89106, de mi intención de revocar la presente autorización. Entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier información que ya fue utilizada o revelada por JJS antes de que JJS recibiera mi notificación por escrito de revocación. Entiendo que si el receptor de la información no está sujeto a las leyes federales o de Nevada sobre la privacidad, la información revelada de conformidad con la presente autorización puede ser revelada de nuevo por el receptor y dejará de estar protegida por las leyes federales o de Nevada sobre la privacidad. La presente Autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar este Formulario de Autorización. Entiendo que no estoy obligado a firmar este Formulario de Autorización a cambio de que el paciente reciba tratamiento de JJS.

Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado

Fecha

Relación con el Paciente (Si firma un Representante Personal)

Fecha

Rellene el formulario completo para que el **PODEMOS AYUDARLE A USTED CON SU condición dolorosa** (PLEASE FILL OUT THIS FORM COMPLETELY SO WE CAN HELP YOU WITH YOUR PAINFUL CONDITION.)

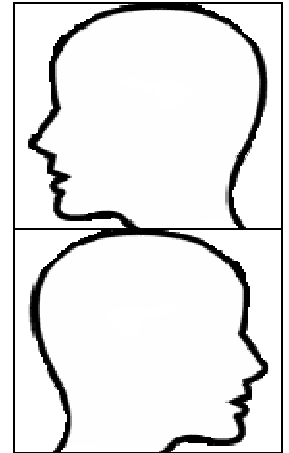
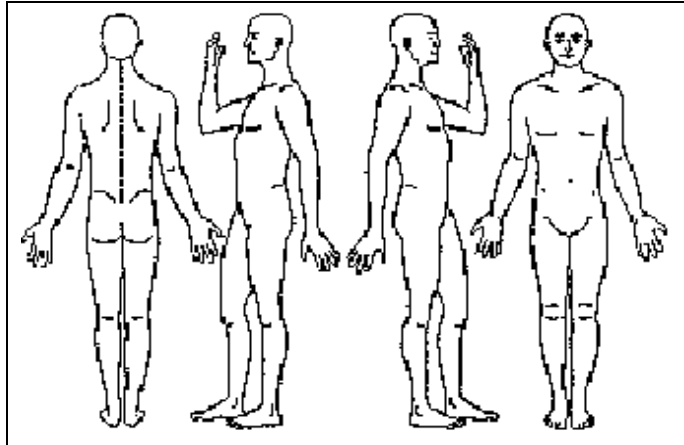
NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** M / F **ESTATURA** ___' ___" **PESO** _____ lbs
(Name) (Age) (Sex) (Height) (Weight)

OCCUPACION: _____ **ULTIMA FECHA EN QUE TRABAJO** ___/___/___
(Occupation) (Date last worked)

CC: **PORQUE LO ENVIAMON ANUESTRA CLINICA?** _____
(Why were you referred to our clinic?)

HPI: POR FAVOR, DESCRIBA SU DOLOR POR EL SOMBREADADO EN LAS ZONAS AFECTADAS Y COLOCANDO UNA "X" EN LAS ZONA QUES MAS DUELE. CIRCULE TODAS LAS PALABRAS DESCRIPTIVAS APLICABLES.
(Please describe your pain by shading in the affected areas and placing an « X » on the area that hurts the most. Circle all applicable descriptive words.)

- CONSTANTE** (Constant)
- DIARIO** (Daily)
- DOLIENDO** (Aching)
- ARDIENTE** (Burning)
- ADORMECEDOR** (Numbing)
- PIQUETE** (Pins/Needles)
- TEMPORAL** (Temporary)
- OCASIONAL** (Occasional)
- PUNZANTE** (Shooting)
- PUNALADA** (Stabbing)
- HORMIGUEO** (Tingling)



POR FAVOR intento de cuantificar su dolor a través de porcentajes. SU DOLOR TOTAL debe sumar el 100%. (POR EJEMPLO: dolor de espalda baja del 20% y el 80% DOLOR PIERNA DERECHA = 100%). (Please attempt to quantify you pain using percentages. Your total pain should add up to 100%. Example: 20% low back pain and 80% right leg pain =100%.)

CABEZA _____% **CUELLO** _____% **BRAZO DERECHO** _____% **BRAZO IZQUIERDA** _____%
(Head) (Neck) (Right Arm) (Left Arm)

PECHO _____% **ABDOMEN** _____% **SUPERIOR de la ESPALDA** _____% **MEDIA de la ESPALDA** _____%
(Chest) (Abdomen) (Upper Back) (Mid Back)

COLUMNA LUMBAR _____% **CADERA/GLUTEOS** _____% **PIERNA DERECHO** _____% **PIERNA IZQUIERDA** _____%
(Lower Back) (Hips/Buttocks) (Right Leg) (Left Leg)

CIRCLE THE ACTIVITIES WHICH TEND TO **INCREASE** YOUR PAIN:
(Circula todas las actividades que incrementan tu dolor)

- CAMINAR** (Walking)
- LEVANTAMIENTO** (Lifting)
- DOBLADO** (Bending)
- TORSION** (Twisting)
- PARANDOTE** (Standing)
- SENTADO** (Sitting)

LLENAR EN LAS ACTIVIDADES QUE DISMINUIR SU DOLOR: _____
(Fill in activities which decrease your pain)

HACE ESTE DOLOR AFECTAR SU SUENO? **SI / NO?**
(Does this pain affect your sleep? Yes/No?)

MEDICAMENTO ACTUALES DEL DOLOR: _____ **PRESCRITA POR DR.** _____
(Current Pain Medications) (Prescribed by DR..)

MARQUE SU PUNTUACION MEDIA DE DOLOR:
(Mark your average pain score)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

MARQUE SU DOLOR PEORES:
(Mark your worst pain score)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

NOTA: (CERO ES IGUAL A AUSENCIA DE DOLOR Y DE LA DIEZ ES IGUAL A SU PEOR DOLOR IMAGINABLE)
(Note: Zero equals no pain and ten equal s your worst imaginable pain)

CUANDO EMPEZO EL DOLOR? _____ **(ESPONTANEOUS/ HERIDA/ ACCIDENTE/ CIRUGIA/ OTROS)**
(When did this pain begin?) (Spontaneous / Injury / Accident / Surgery / Other)

POR FAVOR DESCRIBA COMO COMENZO:
(Please describe how it began)

ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE O LESIONES QUE AFECTAN A LAS MISMAS ZONA ANTES?
SI / NO SI ES SI, CUANDO? _____ (Have you ever had any accidents or injuries affecting these same areas before?)

TREATMENT: QUE TIPO DE TRATAMIENTO HA TENIDO EN EL PASADO PARA TRATAR SU DOLOR ACTUAL. POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN. (Which types of treatment have you had in the past to treat your current pain. Please circle all that apply.)

- CLINICAS DE DOLOR** (Pain Clinics)
 TERAPIA FISICA (Physical Therapy)
 MASAJE (Massage)
 QUIROPRACTICA (Chiropractic)
 INYECCIONES (Injections)
 CIRUGIA (Surgery)
- ACUPUNTURA** (Acupuncture)
IMANES (Magnets)
HIERBAS (Herbs)
OTROS: _____ (Other)

FAVOR DE INDICAR TODOS LOS TRATAMIENTOS: (Please list all treatments below)

PROFESIONAL DE LA SALUD (Healthcare Professional)	FECHA APROXIMADA (Approximate Date)	DIAGNOSTICO (Diagnosis)	TRATAMIENTO/ MEDICAMENTOS (Treatment/Medications)

EXAMENES DE DIAGNOSTICO: (Diagnostic Examinations) **POR FAVOR TODOS LOS QUE APLICAN CIRCLE** (Please circle all that apply)

RADIOGRAFIAS/ TOMOGRAPHIA AXIAL COMPUTARIZADA/ MRI RADIOGRAFIA/ MIELOGRAMA/ ELECTROMIOGRAFIA/OTROS
 (X-Rays) (CT Scan) (MRI) (Myelogram) (EMG/NCV) (Other)

PASADO/HISTORIA MEDICA ACTUAL: (Past / Current Medical History) **POR FAVOR TODOS LOS QUE APLICAN CIRCLE:** (Please circle all that apply)

- ARTRITIS** (Arthritis)
ASMA (Asthma)
SANGRADO (Bleeding Problems)
PROBLEMAS
CANCER (Cancer)
CIRROSIS (Cirrhosis)
COLITIS (Colitis)
DIABETES (Diabetes)
ENFISEMA (Emphysema)
SOPLO CARDIACO (Heart Murmur)
- PROBLEMAS DEL CORAZON** (Heart Problems)
HEPATITIS / ICTERICIA (Hepatitis/ Jaundice)
ALTA PRESION ARTERIAL (High Blood Pressure)
VIH / SIDA (HIV/ AIDS)
ENFERMEDAD RENAL (Kidney Disease)
- EPILEPSIA** (Epilepsy)
INFARTO CEREBRAL (Stroke)
TIROIDES (Thyroid disease)
DIFICULTAD PARA ORINAR (Trouble Urinating)
ULCERA (Ulcer)
ENFERMEDAD VASCULAR (Vascular Disease)

LISTA DE TODO LOS MEDICAMENTOS ACTUALES: _____ (List all current medications)

ESTA TOMANDO ANTICOAGULANTES COMO COUMADIN, WARFARINA, PLAVIX O TICLID? **SI / NO**
 (Are you taking any blood thinning medication listed above? Yes or No)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____ (Allergies to medications)

HISTORIA PASADA QUIRURGICO: (POR FAVOR ANOTE TODO OPERACIONES QUE HA TENIDO) _____
 (Past Surgical History: Please list all operations you have had)

SH: SOLTERO _____ CASADO _____ DIVORCIADO _____ SEPARADO _____ VIUDO _____ # DE NINOS _____
 (Single) (Married) (Divorced) (Separated) (Widowed) (# of children)

PAQUETES DE CIGARROLLOS FUMADOS / DAY _____ **# DE BEBIDAS ALCOHOLICAS / DIA** _____
 (Packs of cigarette smoked per day) (# of Alcoholic beverages per day)

HISTORIA DE ABUSO DE SUSTANCIAS SI / NO? EN CASO AFIRMATIVO, QUE TIPO? _____
 (History of substance abuse, Yes/No, If yes what type?)

FH: LISTA DE CUALQUIER ENFERMADEAS QUE EN SU FAMILIA: _____
 (List any illnesses which run in your family)

ROS: POR FAVOR **CIRCLE** LOS SINTOMAS QUE USTED TENGA HOY:
 (Please circle all symptoms you may currently have)

CAMBIO EN LA VISION / DOLOR EN EL PECHO / TOS / DIARREA / ESTREÑIMIENTO / MAREO / COAGULOPATIA / DESMAYO
 (Change in vision) (Chest Pain) (Cough) (Diarrhea) (Constipation) (Dizziness) (Easy Bleeding) (Fainting)

PIEZA / PICAZON / DIFICULTAD PARA RESPIRAR / PROBLEMAS ESTOMACALES / PROBLEMAS URINARIOS / CAMBIO DE PESO
 (Fever) (Itching) (Shortness of Breath) (Stomach Problems) (Urinary Problems) (Weight Loss / Gain)

QUIEN ES SU MEDICO DE ATENCION ACTUAL PRIMARIA / PROVEEDOR? _____
 (Who is your current Primary Care Physician/Provider ?)