

INNOVATIVE INJURY SOLUTIONS REGISTRO PACIENTE NUEVO

Datos Generales

Fecha de hoy: _____ Prestador de Servicios de Salud Referente: _____

Nombre: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro: _____

Número Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Municipio/Estado/Código Postal: _____

¿Su dirección física es la misma donde recibe su correspondencia? Yes No

En caso de no ser la misma, anote su dirección donde recibe su correspondencia: _____

Número Telefónico de Día #: _____ Casa Celular Trabajo

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número telefónico: _____ Tipo de teléfono: C a s a Trabajo Celular

Farmacia Preferente

Nombre de Farmacia: _____ Número telefónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Información Clínica

Altura: _____ Peso: _____

Descripción de su Dolor

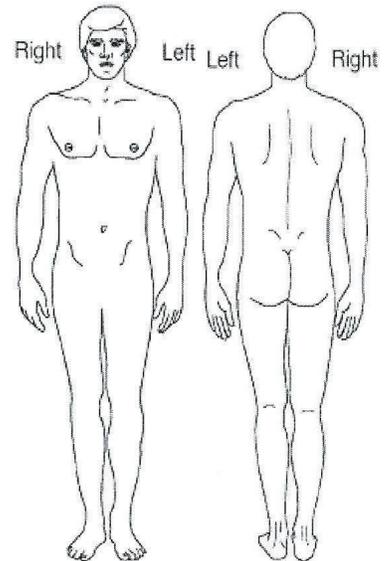
_____ En una escala del 0-10 describa su dolor en este momento.

¿En qué parte de su cuerpo sienta más dolor?

¿Se irradia su dolor? ¿En caso afirmativo, a que parte de su cuerpo se irradia?

Favor de enunciar otras áreas de dolor.

Use el diagrama de abajo para indica donde se encuentra su dolor y el tipo de dolor. Marque el sitio de dolor con las letras descriptivas de su dolor:
"E" = Entumecimiento; "P" = Punzante; "Q" = quemante; "A" = Agujas; "Ag" = agudo



INNOVATIVE INJURY SOLUTIONS NEW PATIENT INTAKE

A continuación, marque las siguientes que describan su dolor:

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Entumece | <input type="checkbox"/> Espasmo | <input type="checkbox"/> Palpitante |
| <input type="checkbox"/> Calambre | <input type="checkbox"/> Choque | <input type="checkbox"/> Apretamiento | <input type="checkbox"/> Agujas |
| <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Irradiante | <input type="checkbox"/> Punzante | <input type="checkbox"/> Tirant |
| <input type="checkbox"/> Quemante | | | |

Causas que Afecten su Dolor

	Aumente dolor	Baje dolor	Sin cambio
<input type="checkbox"/> Flexión adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flexión hacia atrás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cambios de clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Subiendo escalones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tos/estornudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conduciendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Levantando objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Viendo hacia delante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Viendo hacia abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volteando de lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Al pararse estando sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> De pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué otros factores empeoran o afectan en su dolor que no están en la lista arriba? _____

Historial de tratamiento

Favor de marcar y nombrar los tratamientos previos que ha usado anteriormente (fechas aproximadas):

No he tenido tratamientos previos para mi dolor actual

Terapia física ¿Número de sesiones? _____ Fecha: _____

Quiropráctico ¿Número de sesiones? _____ Fecha: _____

Terapia de inyección En caso afirmativo, favor de anotar: _____ Fecha: _____

INNOVATIVE INJURY SOLUTIONS NEW PATIENT INTAKE

Historial Quirúrgico

Favor de anotar todos los procedimientos quirúrgicos que se haya realizado en el pasado, incluyendo fecha, tipo y algún detalle pertinente que debamos conocer.

No me he sometido a ningún procedimiento quirúrgico

Antecedentes Sociales

¿Pudiera en algún momento embarazarse? Si No ¿En caso afirmativo, se encuentra embarazada? Si No

Grado de escolaridad terminada Primaria/Secundaria Preparatoria Universidad Postgrado

Consumo de: Alcoholismo Consumo diario limitado Historial de Alcoholismo
Alcohol Nunca consume alcohol Consumo social de alcohol

Tabaquismo: Fumador activo Tabaquismo en el pasado Nunca consumo tabaco

Medicamentos que toma

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

Toma actualmente medicamento anticoagulante o antiplaquetario Yes No
En caso afirmativo favor de enunciar: _____

Alergias

¿Es alérgico a algún medicamento? Si No
En caso afirmativo favor de anotar a continuación:

Medicamento: _____	Tipo de reacción: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Favor de marcar si es alérgico a alguno de los siguientes productos: Isodine Cinta adhesiva

¿Presenta alergia al látex? Si No

INNOVATIVE INJURY SOLUTIONS NEW PATIENT INTAKE

Antecedentes Médicos

Señale si ha sido tratado en el pasado de alguno de los siguientes padecimientos:

Medicina en General

- Cáncer – tipo
- Diabetes – tipo
- VIH/SIDA

Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

- Glaucoma
- Dolores de cabeza
- Trauma craneal
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Migrañas

Cardiovascular/hematológico

- Fiebre del Valle
- Anemia
- Desordenes de sangrado
- Enfermedad coronaria
- Infarto al miocardio
- Presión arterial alta
- Colesterol elevado
- Prolapso de válvula mitral
- Murmullo
- Marcapasos/desfibrilador
- Flebitis
- Mala circulación
- Accidente cerebrovascular
- Respiratorio
- Asma
- Bronquitis
- Enfisema Pulmonar/EPOC
- Neumonía
- Tuberculosis

Gastrointestinal

- Incontinencia intestinal
- Reflujo ácido (ERGE)
- Sangrado gastrointestinal
- Constipación

Musculoesquelético

- Amputación
- Bursitis
- Síndrome del Túnel Carpiano
- Dolor crónico de espalda baja
- Dolor crónico del cuello
- Dolor crónico de articulaciones
- Fibromialgia
- Lesión articular
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Síndrome del miembro fantasma
- Artritis reumatoide
- Codo de tenista
- Fractura con compresión vertebral

Genitourinario/Nefrología

- Infecciones urinarias
- Diálisis
- Infección de riñones
- Cálculos renales
- Incontinencia Urinaria

Hepático

- Hepatitis A
(activo/inactivo/no seguro)
- Hepatitis B
(activo/inactivo/no seguro)
- Hepatitis C
(activo/inactivo/no seguro)

Neuropsicológico

- Alcoholismo
- Enfermedad de Alzheimer
- Desorden bipolar
- Depresión
- Epilepsia
- Dependencia Medicamentosa
- Esclerosis Múltiple
- Parálisis
- Neuropatía periférica
- Esquizofrenia
- Convulsiones
- Síndrome de dolor regional complejo

Otras Enfermedades

Diagnosticadas

INNOVATIVE INJURY SOLUTIONS NEW PATIENT INTAKE

Nombre del Paciente: _____
(Favor de usar letra de molde)

Confirmación de Recibido de la Notificación del Aviso de Privacidad:

Confirmando que se me ha proporcionado una copia de mi aviso de privacidad. Entiendo que Innovative Injury Solutions tiene el derecho de realizar cambios en su aviso de privacidad en el momento que así lo decida y que yo tengo el derecho de solicitar una copia actualizada en el momento que yo lo decida.

****Firma:** _____ **Fecha:** _____

Aceptación de los términos de la Notificación de Derecho de Retención por Servicios Médicos Prestados:

Confirmando que he leído, comprendido, y acepto los términos de la Notificación de Derecho de Retención Médica Lien.

****Firma:** _____ **Fecha:** _____

Notificación de Acceso Electrónico a su Historial de Recetas Médicas:

Al firmar autorizo a Innovative Injury Solutions para que obtenga mi historial medicamentoso de la farmacia de manera electrónica.

****Firma:** _____ **Fecha:** _____

Notificación de Autorización para Revelar mi Diagnóstico:

Al firmar autorizo a Innovative Injury Solutions envíe mi diagnóstico o diagnósticos a la farmacia para validar mi necesidad de tratamiento para el dolor.

****Firma:** _____ **Fecha:** _____

Autorización para Compartir mi información de Salud:

Por medio de la presente autorizo a Innovative Injury Solutions y sus empleados conversen, envíen y/o reciban mi información de salud personal con los siguientes:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Además, autorizo a Innovative Injury Solutions para que compartan mi información médica o información incidental a distintos médicos que se encuentren involucrados en mi tratamiento o que puedan llegar a involucrarse en mi tratamiento, así como a mis abogados.

****Firma:** _____ **Fecha:** _____



Aviso de gravamen médico

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha del accidente: _____

Yo, presente, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos _____ de Innovative Injury Solutions (IIS) que incluye cualquier empleado asignado o contratista independiente de Innovative Injury Solutions.

Por una buena y valiosa consideración recibida, autorice y ordene a la compañía de seguros (beneficios de pago médico de 1ª parte, protección contra lesiones personales y / o cobertura sin seguro / insuficiente; y / o cobertura de 3ª parte ~ por ejemplo, compañía de seguros culpable; y / u otro seguro cubierto) para pagar directamente a Innovative Injury Solutions las sumas que se deban y que se le deben a esta oficina por los servicios prestados, debido a este accidente, y para retener dichas sumas de cualquier beneficio por discapacidad, beneficios médicos, beneficios sin culpa, beneficios de salud y / o accidentales, beneficios de compensación para trabajadores o cualquier otro beneficio de seguro o reembolso por el cual pueda estar obligado a reembolsarme, o de cualquier acuerdo, juicio o veredicto en mi nombre que pueda ser necesario para proteger adecuadamente dichas Soluciones Innovadoras de Lesiones.

Por la presente autorizo y ordeno a mi abogado y / o firma legal (si está representada) a pagar directamente a Innovative Injury Solutions las sumas que puedan ser debidas y debidas por los servicios médicos que me prestaron a causa de este accidente y retener dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda ser necesario para proteger adecuadamente a Innovative Injury Solutions. Por la presente, doy un gravamen sobre mi caso a Innovative Injury Solutions contra todos los ingresos de cualquier acuerdo o sentencia que pueda pagarse a mí (s) abogado (s) o a mí mismo como resultado de lesiones en relación con el presente. Entiendo que ningún acuerdo, veredicto o juicio puede ser dispersado a mí sin satisfacer primero este gravamen. Estoy de acuerdo en proteger plenamente a Innovative Injury Solutions al no permitir el uso de la dispersión de fondos comunes/generales y/o una reducción basada en *LaBombard v Samaritan Health System* (195 AZ 543,991 P.2nd App. 1998) o *Andrews v Samaritan Health System* (201 AZ 379,36 P.3d 57 App. 2001).

En consideración a Innovative Injury Solutions en espera de pago, incluidos, entre otros, los copagos, coseguros o deducibles aplicables, este gravamen es irrevocable y solo puede satisfacerse mediante el pago total de todas las sumas adeudadas por los servicios médicos prestados. Entiendo y autorizo el uso de la facturación del saldo si Innovative Injury Solutions lo considera necesario, para ser utilizado para adquirir el saldo adeudado. Entiendo que Innovative Injury Solutions puede, en cualquier momento, solicitar que se pague el saldo adeudado y si el saldo no se paga cuando se solicita, Innovative Injury Solutions puede usar cualquier método de cobro disponible para ayudar a asegurar el saldo pendiente.

Entiendo completamente que sigo siendo directa y totalmente responsable ante Innovative Injury Solutions por todas las facturas médicas presentadas por los servicios prestados a mí y en mi nombre en la preparación de mi caso para juicio o acuerdo de que este acuerdo se hace únicamente para la protección adicional de Innovative Injury Solution y en consideración de Innovative Injury Solution esperando el pago. Ordeno que este gravamen siga siendo válido incluso si cambio de abogado o elijo representarme con respecto a la(s) reclamación(es).

De firma del paciente

Fecha



Nombre: _____ Fecha De Hoy: _____

Fecha De Accidente: _____ Lugar De Accidente? Ciudad _____ Estado: _____

Where were you sitting?

- Conductor Adelante derecha
- Atras Izq. Atras derecha

Where was your car hit?

- Cajuela De frente
- De lado Otro _____

On which side was your car hit?

- Izquierda Derecho
- Otro _____

- Perdio el conocimiento? Si No
- Traia puesto el cinturon? Si No
- Se desplego el bolsas de aire? Si No
- Le tomaron radiografias/resonancias magneticas Si No
- Recibiste un boleto? Si No
- La otra parte recibio un boleto? Si No

Ha sido aceptada la responsabilidad por el Seguro de culpa: Si No Pendiente

Nombre del controlador con error: _____ Direccion de error: _____

Seguro de culpa: _____ Numero de poliza: _____

Marca/modelo del vehiculo culpable: _____

Que sintomas esta experimentando actualmente por el accidente (Comience con la peor queja):

Cual fue su tratamiento el dia del accidente? _____

Cual ha sido tratamiento desde el accidente? _____

Que medicos ha visto con respect a este accidente? _____

Existia alguno de sus sintomas actuales antes del accidente? Si No

Ha recibido otros tratamientos para estas mismas areas en el pasado? Si No

Cual fueron los tratamientos? _____

Crees que estos sintomas estan directamente relacionados con el accidente? Si No



Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Fecha de la pérdida:

Por la presente, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos de Nacional Imageno Centers (NIC), que incluye a cualquier empleado asignado o contratista independiente de National Imaging Centers.

Por una buena y valiosa contraprestación recibida, autorice y dirija a la compañía de seguros (beneficios de pago médico de 1ª parte , protección contra lesiones personales y / o cobertura sin seguro / con seguro insuficiente; y/o cobertura de 3ª parte ~ por ejemplo, compañía de seguros culpable; y/u otro seguro cubierto) para pagar directamente a los Centros Nacionales de Diagnóstico por Imágenes las sumas que se deban y que se le adeuden a esta oficina por los servicios prestados, a causa de este accidente, y retener dichas sumas de cualquier beneficio por discapacidad, beneficios médicos, beneficios sin culpa, beneficios de salud y/o accidentales, beneficios de compensación para trabajadores, o cualquier otro beneficio de seguro o reembolso por el cual pueda estar obligado a reembolsarme, o de cualquier acuerdo, juicio o veredicto en mi nombre que pueda ser necesario para proteger adecuadamente dichos Centros Nacionales de Imágenes.

Por la presente autorizo y ordeno a mi abogado y / o firma legal (si está representada) a pagar directamente a National Imaging Centers las sumas que puedan ser debidas y adeudadas por los servicios médicos que me prestaron a causa de este accidente y retener dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda ser necesario para proteger adecuadamente a National Imaging Centers. Por la presente, por la presente doy un gravamen sobre mi caso a los Centros Nacionales de Imágenes contra todos y cada uno de los ingresos de cualquier acuerdo o juicio que pueda pagarse a mi (s) abogado (s) o a mí mismo como resultado de lesiones en relación con el presente. Entiendo que ningún acuerdo, veredicto o juicio puede ser dispersado a mí sin satisfacer primero este gravamen. Estoy de acuerdo en proteger completamente a los Centros Nacionales de Diagnóstico por Imágenes al no permitir el uso de la dispersión de fondos comunes / generales y / o una reducción basada en LaBombard v Samaritan Health System (195 AZ 543,991 P.2nd App. 1998) o Andrews v Samaritan Health System (201 AZ 379,36 P.3d 57 App. 2001).

En consideración a los Centros Nacionales de Diagnóstico por Imágenes que esperan el pago, incluidos, entre otros, los copagos, coseguros o deducibles aplicables, este gravamen es irrevocable y solo puede satisfacerse mediante el pago completo de todos los las sumas debidas por los servicios médicos prestados. Entiendo que los Centros Nacionales de Diagnóstico por Imágenes pueden, en cualquier momento, solicitar que se pague el saldo adeudado y si el saldo no se paga cuando se solicita, los Centros Nacionales de Diagnóstico por Imágenes pueden usar cualquier método de cobro disponible para ayudar a asegurar el saldo pendiente.

Entiendo completamente que sigo siendo directa y totalmente responsable ante National Imaging Centers por todas las facturas médicas presentadas por los servicios prestados a mí y en mi nombre en la preparación de mi caso para juicio o acuerdo de que este acuerdo se hace únicamente para la protección adicional del National Imaging Center y en consideración del National Imaging Center esperando el pago. Ordeno que este gravamen siga siendo válido incluso si cambio de abogado o elijo representarme con respecto a la(s) reclamación(es).

Elijo no usar ninguna cobertura potencialmente disponible bajo un seguro de salud o plan de beneficios médicos similar que me cubra como asegurado o dependiente. Además, permito que NIC presente un gravamen de conformidad con ARS 33-931 contra cualquier cobertura de seguro de responsabilidad civil derivada de mi lesión que ocurrió en o alrededor de la fecha de pérdida mencionada anteriormente.

De firma del paciente

Fecha

Cuestionario Croft-Dawe posterior a la conmoción cerebral (CD-PCQ)

Nombre:

ID:

Fecha de nacimiento:

Fecha Hoy:

Sexo:

Fecha del accidente:

Teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Después de un latigazo cervical sostenido y / o una lesión en la cabeza, muchas personas experimentan síntomas que pueden interrumpir su vida diaria. Marque "Sí" a todos los síntomas a continuación que ha experimentado y continúa experimentando desde el accidente.

	Sí	No	
			Síntomas somáticos
1			Dolores de cabeza más frecuentes o dolores de cabeza más intensos en comparación con antes del accidente.
2			se cansa o fatiga más fácilmente en comparación con antes del accidente.
3			experimenta náuseas y/o vómitos
4			sentirse mareado con más frecuencia que antes del accidente.
5			no se sienta descansado después de una noche completa de sueño.
			Síntomas neurológicos
6			experimenta visión borrosa.
7			la visión es peor que antes del accidente.
8			ocasionalmente experimentan visión doble.
9			más inquieto que antes del accidente.
10			sentirse más inestable en sus pies que en comparación con antes del accidente.
11			la coordinación es peor que antes del accidente.
12			experimenta entumecimiento u hormigueo en los brazos o las piernas.
13			notó cambios en el gusto o el olfato desde el accidente.
14			noté que es más difícil decir ciertas palabras.
15			noté que tragar es diferente o más difícil que antes del accidente.
16			más sensible al ruido en comparación con antes del accidente.
17			más sensible a la luz en comparación con antes del accidente.
			Síntomas neuropsicológicos
18			tienen dificultad para conciliar el sueño en comparación con antes del accidente.
19			tienen dificultad para permanecer dormido en comparación con antes del accidente.
20			se despiertan temprano en la mañana y no pueden volver a dormir en comparación con antes del accidente.
21			tienen más pesadillas que antes del accidente.
22			se siente más irritable que antes del accidente.
23			sentirse más frustrado o irritado más fácilmente en comparación con antes del accidente.
24			son más olvidadizos que antes del accidente.
25			tienen más dificultad para concentrarse en comparación con antes del accidente.
26			noté que sueñas despierto más a menudo que antes del accidente.
27			notaste que estás más triste o te pones triste más fácilmente que antes del accidente.
28			notó que está más ansioso o se pone ansioso más fácilmente que antes del accidente.

Si uno o más síntomas están marcados en dos de las tres categorías, remita al paciente a una consulta neurológica con Innovative Injury Solutions.

Teléfono: [\(480\) 573-0414](tel:4805730414) Correo electrónico: referrals@innovativeinjurysolutions.com