

Total Orthopaedic Care Demographic Sheet

Fecha:

Por Favor Escriba a Continuacion

Apellido del paciente: Primer Nombre:

Direccion del paciente:

Ciudad, Estado, Codigo postal:

Fecha de nacimiento: Estado Matrimonial:

Telefono casa: Numero de seguro social: Idioma:

Numero celular: Email:

Contacto de Emergencia: Numero de contacto:

Nombre de la farmacia: Numero de la farmacia:

Doctor Primario:

Nombre de seguro primario: Numero poliza:

Persona responsable: Relacion:

Fecha de nacimiento del asegurado: Sexo: H M

Nombre de seguro adicional: Numero poliza:

Persona responsable: Relacion:

Fecha de nacimiento del asegurado: Sexo: H M

Esta cubierto por algun otro seguro debido al conyuge, trabajo, o cobertura alternativa? Si No

Accidente de Auto	Abogado
Fue usted? <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Pasajero del delantero <input type="checkbox"/> Peaton <input type="checkbox"/> Pasajero del posterior	Tiene un abogado debido esta lesion? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Direccion de impacto? <input type="checkbox"/> Delantero <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/> Lado pasajero <input type="checkbox"/> Chofer	Nombre del abogado: <input type="text"/>
Tenia el cinturon de seguridad puesto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Direccion: <input type="text"/>
Se impacto la cabeza en: <input type="checkbox"/> Consola <input type="checkbox"/> Parabrisas	Telefono: <input type="text"/>
Se impacto contra el timon (volante)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fax: <input type="text"/>
Perdio el conocimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Se abrieron las bolsas de aire del vehiculo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tiene otro tipo de problemas: <input type="text"/>	

Yo autorizo al medico y/o a cualquier profesional de la salud de TOC a relizar un examen fisico, procedimiento diagnostico y a la prescripcion de tratamiento terapeutico, yo autorizo a los medicos de TOC a dar cualquier informacion incluyendo todos los diagnosticos obtenidos durante mi examinacion para cualquier centro medico, doctor, compania de seguro o agencia de coleccion.

Yo autorizo a la compania de seguro a pagar directamente a TOC los beneficios medicos y los servicios que TOC brindo, pero sin excederse del precio exacto de dichos servicios. Yo autorizo irrevocable asignar a TOC cualquier beneficio bajo cualquier poliza de seguro, arreglos de indemnizacion o cualquier otro recurso defindo bajo el estatus de la Florida para cualquier servicio o cargos por servicio proveidos para TOC.

El personal de T.O.C. se autoriza que me llame a los numeros indicados anteriormente.

Si no estoy disponible, se les permite dejar un mensaje con la persona que conteste o un contestador telefonico / correo de voz.

Yo entiendo de que soy completamente responsable de pagar los servicios recibidos en TOC que no fueron cubiertos por mi seguro.

Razon de Visita

Nombre del paciente:

Edad Altura Peso Sexo H M Diestro Zurdo

Ocupacion del paciente: Empleador del paciente: Telefono del trabajo:

Cuales son los problemas ortopedicos que tiene?

Hace cuanto a tenido el problema?

Alguna vez ha tenido dolor, molestias o sintomas similares en esta area antes? Si No

Su mal fue causado por alguna lesion? Si No Fecha de la lesion

Le lesion tiene relacion con su trabajo Si No Le lesion tiene relacion con accidente de auto? Si No

Si es una lesion, en donde sucedio?

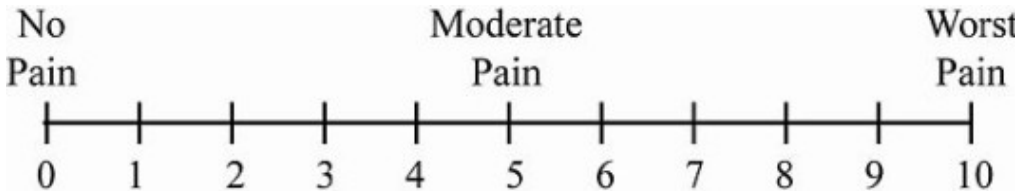
Como ocurrio la lesion:

Cuando noto esta problema, que estaba haciendo?

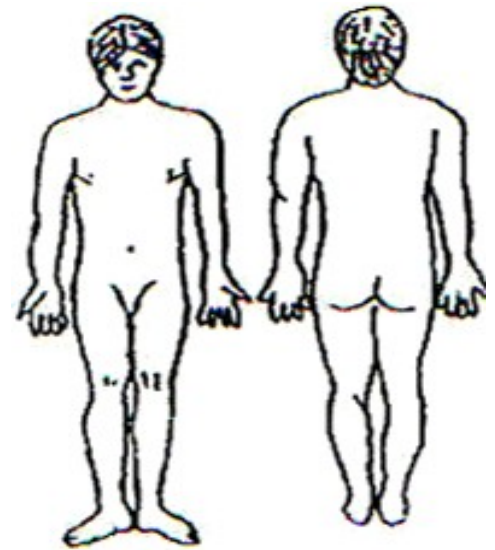
Quien la refirio a nuestro oficina?

Doctor primario (nombre)	Hospital/ER (nombre)	Urgent Care (nombre)
Directorio de Seguro (nombre)	Work Comp (nombre)	Otro (nombre)

En una balanza de uno a diez, que tan severo es el dolor ?



Marque Areas Problematicas



Derecha Izquierda Izquierda Derecha

Please describe your pain:

<input type="checkbox"/> Parecido a dolor de muelas	<input type="checkbox"/> Irradiado o referido
<input type="checkbox"/> Quemazon, caliente o en fuego	<input type="checkbox"/> Sensitivo o sencible
<input type="checkbox"/> Frio, hielo o frizado	<input type="checkbox"/> Filudo como un cuchillo
<input type="checkbox"/> Calambre, apretado o ceñido	<input type="checkbox"/> Tiron
<input type="checkbox"/> Electrico, corriente o chispa	<input type="checkbox"/> Hormigueo, pinchazon de agujas
<input type="checkbox"/> Pesado, presion o presion baja	<input type="checkbox"/> Golpeteo, palpitante
<input type="checkbox"/> Picazon como un mosquito	<input type="checkbox"/> No agradable, molestia, fastidioso
<input type="checkbox"/> Adormecido	

Que tan constante es su dolor? (Escoja)

<input type="checkbox"/> Intermitente (A veces, pero no siempre)	<input type="checkbox"/> Variable (Fastidioso a todo momento, pero en ocasion severo)	<input type="checkbox"/> Estable (Dolor constante no cambia mucho)	<input type="checkbox"/>
--	---	--	--------------------------

A recivido tratamiento para este problema?

<input type="checkbox"/> Medicamento	<input type="checkbox"/> Cat Scan	<input type="checkbox"/> Otro lista a continuacion
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Gammagrafia osea	
<input type="checkbox"/> Inyecciones	<input type="checkbox"/> Analisis de sangra	
<input type="checkbox"/> Radio - X	<input type="checkbox"/> Consulta Neurologica	
<input type="checkbox"/> Resonancia magnetica	<input type="checkbox"/> Consulta del manejo del dolor	

Paciente: Fecha:

Revision de Sistemas

Ha tenido alguno de los sintomas a continuacion entre las ultimas dos semanas? Anote Si o No. Explicar

Sintomas	Si	No	Explicar	Sintomas	Si	No	Explicar
Usuales				Integumentario			
Fiebre	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Erupcion de la piel	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Escalofrios	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ampollas	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dolor de cabeza	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rasquina	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ojos				Musculosqueleticos			
Vision Nublada	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Dolor de los conjunta	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Vision doble	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Dolor de cuello	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dolor de otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Dolor de espalda	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Alergias				Oido/Nariz/Garganta/Boca			
Fiebre del heno	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Infeccion del oido	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Alergias a medicinas	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Dolor de garganta	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sinusitis	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Neurologico				Otro			
Temblores	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Genitourinario			
Mareos	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Retencion de orina	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Entumecimiento	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Dolor al orinar	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Orina frecuentemente	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Endocrina				Otro			
Sed excesiva	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Respiratorio			
Mucho frio o calor	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Espasmo Bronquial	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cansancio/ desanimio	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tos Frecuente	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Falta de aire	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gastrointestinales				Otro			
Dolor abdominal	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hematologico/ Linfatico			
Nausea/ vomitos	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Glandulas Inflamadas	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Indigestion/acidez	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Problemas de coagulacion	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cardiovasculares				Sicologico			
Dolor de pecho	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Esta usted bajo el cuidado de un profesional de salud mental?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Venas Varicosas	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
Presion alta	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Esta usted deprimido	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Otro	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Paciente/ tutor o responsable _____ Physician Initials _____

Please dictate any positives and how the condition is being treated.