



PATIENT INFORMATION

DATE: _____
Fecha _____
LANGUAGE: _____
Idioma _____

TO SEE DE: _____ REFERRED BY: _____
A que doctor va a ver? Referido por?

PATIENT'S LAST NAME: _____ FIRST: _____ IN'T: _____
Apellido Nombre

ADDRESS: _____ ZIP CODE: _____
Direccion Zona Postal

TELEPHONE # _____ SINGLE: _____ MARRIED: _____ STUDENT: _____ OTHER: _____
Telefono Soltero Casado Estudiante Otro

MALE: _____ FEMALE: _____ DATE OF BIRTH: _____ AGE: _____
Masculino Femenino Fecha de Nacimiento Edad

PATIENT'S S.S.# _____ SCHOOL NAME: _____
Seguro Social del Paciente Nombre del Colegio

IF MINOR, PARENT'S NAME: _____ PARENT'S S.S.# _____
Si es menor, nombre del padre Seguro Social del Padre

PLACE OF EMPLOYMENT (Parent's if minor): _____
Lugar de empleo (Empleo del padre, si es menor de edad)

ADDRESS OF EMPLOYER: _____ OCCUPATION: _____
Direccion del Empleador Ocupacion

EMPLOYER'S TELEPHONE #: _____ RELATIONSHIP TO PATIENT: _____
Telefono del empleador Relacion al paciente

IS THIS CONDITION RELATED TO AN ACCIDENT? YES _____ NO _____ DATE OF ACCIDENT: _____
Es esta condicion relacionada a un accidente? Dia del accidente

IF YES, TYPE OF ACCIDENT: AUTO _____ HOME _____ EMPLOYMENT _____
Si es un accidente, Que tipo? Auto Casa Trabajo

OTHER: _____
Otro

DATE OF ACCIDENT OR ILLNESS: _____ IF HOSPITALIZED, DATE: _____
Dia que comenzo el accidente o enfermedad Si fue hospitalizado, Que dia?

INSURANCE INFORMATION

PRIMARY INSURANCE NAME: _____ ADDRESS: _____
Nombre del primer seguro Direccion

POLICY # _____ GROUP # _____
Numero de poliza Numero de grupo

INSURED'S NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ SS# _____
Nombre del asegurado Fecha de Nacimiento Numero Social

SECONDARY INS. NAME: _____ ADDRESS: _____
Segundo Seguro Direccion

POLICY # _____ GROUP # _____
Numero de poliza Numero de grupo

INSURED'S NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ SS# _____
Nombre del asegurado Fecha de Nacimiento Numero Social

RELATIONSHIP TO PATIENT: _____
Relacion al Paciente

PHYSICIAN'S RELEASE & ASSIGNMENT

I hereby authorize payment directly to _____ of benefits due to me from my insurance company other wise payable to me. I further authorize the relase of any medical information required by my insurance carrier(s). A copy of this authorization may be used in lieu of the original. I authorize any holder of medical or other information needed for this or a related Medicare claim. I request payment of medical insurance benefits either to myself or to the party who accepts assignment. I understand that I am financially responsible for charges not covered by this authorization.

PATIENT'S SIGNATURE: _____
Firma del Paciente

Patient Name: _____ **Height:** _____ **Weight:** _____
 Nombre completo: Estatura Peso

Race / Raza: African American / Afroamericano Asian / Asiático Caucasian / Caucásico
 Native American/Alaskan / Nativo Americano/de Alaska Pacific Islander / Islas del Pacífico Unknown / Desconocido
 Decline to Answer / Negarse a Contestar Other / Otro _____

Ethnicity / Etnicidad: Hispanic /Hispano Non-Hispanic / No Hispano
 Unknown / Desconocido Decline to Answer / Negarse a Contestar

Preferred Language/ Idioma Preferido: English/ Inglés Spanish/ Español Other/Otro _____

Emergency Contact Name: _____ **Phone:** _____
 Nombre del contacto de emergencia: Teléfono

Referral Source: Doctor (name): _____
 Fuente de Referencia:

Chief Complaint / Queja Médica Primaria

Dominant Hand / Mano Dominante: Right / Derecha Left / Izquierda Ambidextrous / Ambidextro

Description of Symptoms: (select only ONE primary symptom and ONE affected area) /

Descripción de Los Síntomas: (Seleccionar sólo un síntoma principal y una zona afectada)

Pain / Dolor Numbness/Tingling / Entumecimiento /Hormigueo Fracture / Fractura Stiffness / Rigidez

Shoulder Hombro	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Pelvis	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierda	Neck Cuello	<input type="radio"/>
Upper Arm Parte superior del brazo	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Hip Cadera	<input type="radio"/> Right Derecha	<input type="radio"/> Left Izquierda	Upper Back Superior de la espalda	<input type="radio"/>
Elbow Codo	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Thigh Muslo	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Mid Back Centro de la espalda	<input type="radio"/>
Forearm Antebrazo	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Knee Rodilla	<input type="radio"/> Right Derecha	<input type="radio"/> Left Izquierda	Low Back Inferior de la espalda	<input type="radio"/>
Wrist Muñeca	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Lower Leg Inferior de la pierna	<input type="radio"/> Right Derecha	<input type="radio"/> Left Izquierda	Buttocks Nalga	<input type="radio"/>
Hand Mano	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Ankle Tobillo	<input type="radio"/> Right Derecha	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Tail Bone Hueso de CocciX	<input type="radio"/>
Thumb Pulgar	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Foot Pie	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo		
Index Dedo Indice	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	Great Toe Dedo gordo del Pie	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo		
Middle Dedo Medio	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	2nd Digit Segundo dedo	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo		
Third Dedo Anular	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	3rd Digit Tercer dedo	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo		
Little Dedo Meñique	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo	4th Digit Cuarto dedo	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo		
			5th Digit Quinto Dedo	<input type="radio"/> Right Derecho	<input type="radio"/> Left Izquierdo		

Pain radiates from/to: (ex. from low back to right leg) _____

El dolor se irradia desde/hasta: (Ejemplo; desde la espalda a la pierna derecha)

Select all previous hospitalizations/surgeries: None / No a Todos

Seleccionar todas las hospitalizaciones / cirugías previas

<input type="radio"/> Aneurysm (Brain) Surgery Cirugía de aneurisma (cerebro)	<input type="radio"/> Hysterectomy Histerectomía	Orthopedic on side: Ortopedia del lado:	Right Derecho	Left Izquierdo
<input type="radio"/> Aortic Bypass / Vascular Surgery Aórtica bypass / cirugía vascular	<input type="radio"/> LAP Band / Gastric Bypass Surgery Banda gástrica / Cirugía de bypass	Arthroscopy: Knee Artroscopia: Rodilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Appendectomy Apendisectomía	<input type="radio"/> Lumpectomy Tumorectomía	Arthroscopy: Shoulder Artroscopia: Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Cataract (Eye) Surgery Cirugía de la catarata (ojo)	<input type="radio"/> Mastectomy Mastectomía	Carpal Tunnel Release Liberación del túnel carpiano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Cholecystectomy (Gallbladder) Colecistectomía (vesícula biliar)	<input type="radio"/> Malignancy/Cancer Maligno / Cancer	Rotator Cuff Repair Mango Rotador de Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Heart Surgery Cirugía del corazón	<input type="radio"/> Stents Cánula intraluminal de arteria coronaria	Total Hip Replacement Reemplazo total de Cadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Hernia Repair Reparación de Hernia	<input type="radio"/> Tonsillectomy Amigdalectomía	Total Knee Replacement Reemplazo total de Rodilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other Orthopedic Surgery (Otro Cirugía Orthopédica)		Total Shoulder Replacement Reemplazo total de Hombro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Spinal Surgery - Indicate Level: _____ Cirugía espinal - Indica nivel: _____		

Family History / Historia Familiares

Have any direct relatives had any of the following disorders? None for all / No a Todos

Sus familiares directos han tenido alguno de los siguientes trastornos?

Father Padre	<input type="radio"/> None / Ninguno	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Heart Disease Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Hypertension Hipertensión
	<input type="radio"/> Bleeding Problems Problemas de sangrado	<input type="radio"/> Epilepsy Epilepsia	<input type="radio"/> Connective Tissue Tejido conectivo	<input type="radio"/> Muscular Dystrophy Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Stroke Isquemia cerebral	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Rheumatoid Arthritis Artritis Reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comments / Comentario (ex. cancer type / tipo de cancer) _____			
Mother Madre	<input type="radio"/> None / Ningun	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Heart Disease Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Hypertension Hipertensión
	<input type="radio"/> Bleeding Problems Problemas de sangrado	<input type="radio"/> Epilepsy Epilepsia	<input type="radio"/> Connective Tissue Tejido conectivo	<input type="radio"/> Muscular Dystrophy Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Stroke Isquemia cerebral	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Rheumatoid Arthritis Artritis Reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comments / Comentario (ex. cancer type / tipo de cancer) _____			
Sibling Hermanos	<input type="radio"/> None / Ningun	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Heart Disease Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Hypertension Hipertensión
	<input type="radio"/> Bleeding Problems Problemas de sangrado	<input type="radio"/> Epilepsy Epilepsia	<input type="radio"/> Connective Tissue Tejido conectivo	<input type="radio"/> Muscular Dystrophy Distrofia muscular
	<input type="radio"/> Stroke Isquemia cerebral	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Rheumatoid Arthritis Artritis Reumatoide	<input type="radio"/> Cancer
	Comments / Comentario (ex. cancer type / tipo de cancer) _____			

Social History / Historia Social

Do you smoke tobacco? / Fuma tabaco? Current, every day smoker (Actual cada fumador días)
 Current, some day smoker (Actual, Algun Dia) Former smoker (Ex fumador) Never (Nunca)

Do you drink alcohol? / Bebes alcohol? Daily (Diario) Occasionally (de vez en cuando)
 Rarely (Raramente) Never (Nunca)

Marital Status / Estado civil : Married (Casado) Single (Soltero) Divorced (Divorciado)
 Widowed (Viudo) Domestic Partnership (Concubinato)

Are you currently working? / Está trabajando actualmente? Yes (Sí) Retired (Jubilado)
 Disabled (Discapacitado) No If no, what date did you last work? (Si no, hasta cuando trabajó _____)

Please list work restrictions, if any / Por favor escriba restricciones para trabajar, en su caso

Occupation/Ocupación: _____ Employer/Empleador: _____ Student/Estudiante

Do you have any allergies / Tienes alergias? No Yes (Sí)
If Yes, please list below / En caso afirmativo, por favor lista abajo: **Latex allergy? / Alergia al látex?** Yes (Sí) No

Medication, Relevant Food, or "Seasonal" / Medicamentos, Alimentos, o "Estacional"	Reaction / Reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Please list all medications you take on a regular basis / Por favor, liste todos los medicamentos que toma regularmente: None / Ningun

Are you taking blood thinners / Está tomando anticoagulantes? Sí No

Medication/ Medicamento	Dosage and Frequency (e.g. 20 mg, once/day) Dosis y frecuencia (ejemplo, 20mg una vez / día)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medical Questions / Preguntas Médicas

(Mark all that currently apply / Marque todas las respuestas que aplican)

- Metal in Body / Metal en el cuerpo
- Claustrophobic / Claustrofóbica
- Snores / Roncas
- Sleep Apnea / Apnea del sueño
- Use a CPAP / Utiliza un CPAP

Do you have a personal history of any of the following? None / Ningunos

Tienes una historia personal de los siguientes?

Are you taking blood thinners? / Está tomando anticoagulantes? Yes (Sí) No

<input type="radio"/> Aneurysm Where: _____ Aneurisma Donde	<input type="radio"/> Heart Attack/Ataque al corazón	<input type="radio"/> Kidney Stones / Cálculo/piedras renales
<input type="radio"/> Angina (Chest Pain) Angina (Dolor en el pecho)	<input type="radio"/> Hepatitis Type: _____ Hepatitis - Tipo:	<input type="radio"/> MRSA Infection / Infección de MRSA
<input type="radio"/> Arthritis Type: _____ Artritis - Tipo:	<input type="radio"/> HIV / AIDS / VIH/SIDA	<input type="radio"/> Pacemaker / Marcapasos
<input type="radio"/> Asthma / Asma	<input type="radio"/> High Cholesterol Colesterol alto	<input type="radio"/> Phlebitis (Blood Clots) Flebitis (coágulos de sangre)
<input type="radio"/> Bone or Joint Infections / Hueso o infecciones conjuntas	<input type="radio"/> Heart Disease / Enfermedades del Corazon	<input type="radio"/> Pulmonary Embolism / Embolia pulmonar
<input type="radio"/> Cancer Type: _____ Cancer - Tipo:	<input type="radio"/> Osteoarthritis / Osteoartritis	<input type="radio"/> Skin Problems / Problemas de la piel
<input type="radio"/> Chemotherapy / Radiation / Quimioterapia/Radiación	<input type="radio"/> Osteoporosis	<input type="radio"/> Reaction to Anesthesia / Reaccion a Anestesia Type / Tipo: _____
<input type="radio"/> COPD	<input type="radio"/> Hypertension / Hipertensión	<input type="radio"/> Rheumatoid Arthritis / Artritis Reumatoidea
<input type="radio"/> Congestive Heart Failure / Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/> Hyperthyroidism Hipertiroidismo	<input type="radio"/> Seizures / Convulsiones
<input type="radio"/> Emphysema / Enfisema	<input type="radio"/> Hypothyroidism Hipotiroidismo	<input type="radio"/> Stomach Ulcers / Úlceras de estómago
<input type="radio"/> Epilepsy / Epilepsia	<input type="radio"/> Kidney Disease Enfermedad renal	<input type="radio"/> Stroke / TI / Isquemia cerebral
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Pregnant / Embarazada	<input type="radio"/> Tuberculosis

Please list any other conditions / Por favor indique cualquier otra condición

Signature / Firma

Date / Fecha