

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 1)

Robert E. Scott, Jr., M.D.

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

9834 Genesee, Suite 223B

La Jolla, CA 92037

Telefono 858-277-7123

Fax 858-277-3470

*** Por favor, rellénelo completamnete. No haverlo puede retrasar el pago de su reclamación/ indique N/A si no corresponde***

Paciente (Apeido, Nombre): _____, _____

Sexo: H M Dia de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estado Civil: Soltero Casado Viudo

SSN: _____ - _____ - _____

Infromación de conacto de paciente: Home # _____ Telefono # _____

Direccion: _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Informacion de empleador: _____ Ocupación: _____

Trabajo # _____ Fax # _____

Dirección del empleador: _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Contacto de Emergencia: _____ Home # _____ Cell # _____

Informacion de Farmacia: Nombre de farmacia: _____ Telefono: _____

Direccion de farmacia: _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Remitido por: _____ Familia Amigo Seguro

Medico Otro _____

Medico Remitente: _____

Telefono # _____ Fax # _____

Direccion: _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Médico de Cabecera: _____

Cellular # _____ Fax # _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Authorizó la divulgación de cualquier infromación médica necesaria para procesar mi relamación de Seguro a la compañía de seguros indicada arriba. Por la presente authorize el pago de los beneficios medicós que me corresponden al Dr. Robert Scott Jr. entiendo que aunque un paciente tenga Seguro medico, los servicios profesionales se prestan y se cobran al paciente no a la compañía de seguros. En el evento que los pagos del Seguro sean recibidos directamente por mí para los servicios prestados que no han sido pagados, me comprometo a firmar inmediatamente y enviar esos pagos al Dr. Robert Scott Jr. Acepto la responsabilidad financiera de todos los gastos incurridos y me comprometo a pagar puntualmente todos los gastos, incluidos los que no paga mi Seguro. Si mi cuenta tiene que ser remitada a un servicio de cobro extremo, se me cobrará un cargo por servicio para cubrir los costes de cobro adicionales. Si mi pago no se liquida en mi cuenta bancaria, también pagaré los gastos de servicio para cubrir el pago indebido. Esto es cierto para todos los pacientes, excepto para los compensación laboral.

Firma X _____ **Fecha:** _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 2)

Robert E. Scott, Jr., M.D.

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

9834 Genesee, Suite 223B
La Jolla, CA 92037
Telefono 858-277-7123
Fax 858-277-3470

RECONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso y reconocimiento de las practicas de privacidad

Nuestro consultorio se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

Reconozco que me han ofrecido, o revisado el aviso de prácticas de privacidad de Robert E. Scott, Jr. M.D.

También se me ha hecho saber que Robert E. Scott, Jr. M.D. está licenciado y regulado por la junta médica de California, (800) 633-2322, www.mbc.ca.gov

Firma de Paciente

Fecha

O firma de representante personal

Si la firma del representante personal se aparece arriba, describa la relación del representante personal con el paciente: _____

Si desea que alguna persona puede comunicarse con Dr. Robert Scott o su personal sobre su atención, incluya su nombre a continuación. Puede anadir o quitar a cualquier momento.

Usted puede discutir mi cuidado con las siguientes personas:

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____ Fecha: _____
Apeido Nombre Primero

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 3)

Robert E. Scott, Jr., M.D.

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

DECLARACION DE POLITICA FINANCIERA

1. **Los pacientes son responsables del pago integro de todos los servicios hechos.** Por favor, notifique a la recepcionista con antelación si otra persona ha asumido la responsabilidad financiera, como los padres o el tutor.
2. Si usted tiene Seguro, no hay manera de que esta oficina sepa si su aseguradora pagará por los servicios de hoy. Las pólizas de Seguro difieren considerablemente en cuanto a las franquicias anuales, los importes de los copagos, en lugar de servicio y muchos otros requisitos. **Es responsabilidad del paciente conocer las condiciones de su póliza de Seguro.**
3. Podemos estar contratados o no con su compañía de seguros. Si lo solicita, durante el horario de atención al público, estaremos encantados de ponernos en contacto con su compañía de seguros para verificar la elegibilidad y las disposiciones del contrato antes de prestar el servicio. **Sin embargo, es responsabilidad del paciente conocer y comprender las condiciones de su póliza de seguro.** Su aseguradora puede exigir una autorización de tratamiento para determinados procedimientos. Solo si tenemos contrato con su aseguradora, y su tratamiento ha sido autorizado, Podemos aceptar su copago y facturar el resto a su compañía de seguros. **Su copago se exige en el momento del servicio.**
4. No Podemos garantizar que los centros quirúrgicos o otros centros de procedimientos que utilizamos estén contratados con su plan de seguros. Por Favor llame directamente a el centro de procedimientos o al número de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de Seguro para verificar la cobertura. **Es responsabilidad del paciente conocer las condiciones de su póliza de Seguro.**

El abajo firmante solicita los servicios de Robert Scott, MD para la evaluación y el tratamiento. En la medida en que lo permita la ley, yo (nosotros) soy (somos) responsable(s) económicamente de estos servicios profesionales, a menos que tenga derecho a las prestaciones de Medicare o Medi-cal. Por la presente de mi consentimiento para que en el caso de que mi cuenta se convierta en delincente Robert Scott MD está autorizado a liberar mi nombre, el saldo de la cuenta y ,más información según sea necesario a mi compañía de seguros, una agencia de cobros, o un abogado para el cobro de mi cuenta. También acepto ceder a Robert Scott MD cualquier derecho o causa de acción que pueda tener contra cualquier tercera persona por el pago de esta cuenta. Entiendo que las cuentas deben ser pagadas en un plazo de 60 días a partir de la fecha de servicio. Acepto pagar todos los cargos y los intereses acumulados del 10% de la tasa porcentual anual si mi cuenta se vuelve morosa y pagar cualquier gasto de cobro, incluidos los honorarios de los abogados y las costas en caso de que se inicie cualquier acción sobre esa deuda.

Autorizó el pago de los beneficios médicos a Robert Scott, MD por los servicios médicos rendidos.

Firma de Paciente or del Tutor

Fecha de Hoy

Imprimir Nombre: _____

Garantía de Elegibilidad

Certifico que tengo derecho a las prestaciones con _____ (compañia de seguro) a través de _____ (grupo de empleadores), _____ (nombre del suscriptor), _____ (número de póliza) _____ (fecha efectivó).

Entiendo que si lo de arriba no es cierto, yo (o la persona financieramente responsable de mí) soy responsable de todos los cargos relacionados con los servicios que se me proporcionen. Estoy de acuerdo en que si lo anterior no es cierto, yo (o la persona financieramente responsable de mí) pagaré en su totalidad todos los cargos como se describe en la Declaración de Políticas Financiera anterior.

_____ (Firma)

_____ (Fecha)

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 4)

Robert E. Scott, Jr., M.D.

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

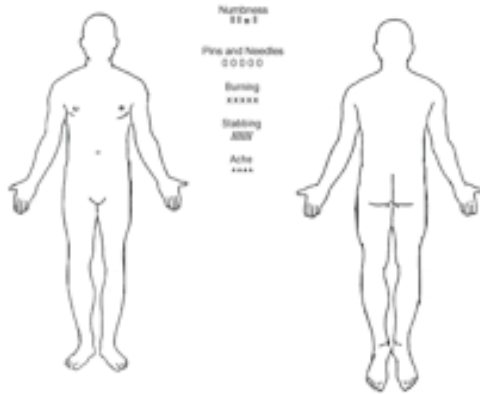
Nombre: _____

DOB/Age: _____

Fecha: _____

Please mark the painful body regions on the diagram shown:

**XXX - PAIN 0000 - NUMBNESS
///// - TINGLING**



Currently what is your pain level on a scale of 1 to 10? (Please circle below)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(No pain) (Extreme pain)

Es Tu **Dolor**?

- Dolor Puzante Irradiando Disparando Aguda con movimineto
- Constante Ardiendo Profundo Adormecimiento Debilidad
- Hormigueo Otro _____

Si tienes dolor de **columna vertebral**, que lo **peora**?

- Sentado De pie Acostado Inclinarsse hacia delante o hacia abajo
- Ejerciendo Uso de la zona dolorosa Otro _____

Si tiene dolor de **columna vertebral**, que hace que **mejore**?

- Almohadilla de hielo o calor Descansado Sentado De pie Acostado
- Medicaciones de Dolor Inyecciones Caminando/Ejerciendo
- Otro _____

HISTORAL MEDICO

Condiciones médicas actuales _____

Historia de la Cirugía

Enfermedades y cirugías anteriores _____

(no se encuentra en la lista anterior) _____

N/A _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

Padre: _____

Madre: _____

Hermano/a: _____

Hijo: _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 5)

Robert E. Scott, Jr., M.D.

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

REVISION DE LOS SISTEMAS

Tiene o ha tenido alguna vez:

Sistema Cardiovascular

Si No

- Enfermedad Cardíaca
- Angina de Pecho
- Dolor en el Pecho
- Ataque al Corazón
- Presión arterial alta
- Usas un máquina CPAP?
- Tiene usted un stent cardíaco?
- Latidos irregulares del Corazón

Otro _____

Sistema Respiratorio

Si No

- Enfermedad Pulmonar, TB
- Enfisema
- Asma
- Sibilancias
- Dificultad para Respirar
- Apnea del sueño documentada

Otro _____

Sistema Nervioso/Musculoesquelético

Si No

- Epilepsia
- Accidente Cerebrovascular
- Neuropatía
- Dolor de espalda crónico
- Dolor de espalda agudo
- Dolor de Cuello
- Dolor en las articulaciones
- Dolor de cabeza severo

Otro _____

Sistema Endocrino y gastrointestinal

Si No

- úlceras
- Diabetes
- Enfermedad Renal
- Ictericia/Hepatitis
- Enfermedad de la Tiroides

Otro _____

Hábitos Sociales/Otro

Si No

- Fumas? Si es así, cuando fumas? _____
- Bebes? Si es así, cuanto? _____
- Usas: Audífonos Lentes de Contacto Ojo falso
- Tiene usted actualmente una gripe?
- Antecedentes de tendencia a las hemorragias
- Adición de Drogas o alcohol
- Mijeres, hay alguna posibilidad de que este embarazada en este momento?
- Alergia documentada al látex

Otro _____

Nombre: _____, _____ Fecha: _____

Apeido

Nombre Primero

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 5)

Robert E. Scott, Jr., M.D.

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

Historial Médico/Quirúrgico

Condiciones médicas/enfermedades actuales

Historial de Vacunación

Por favor, indique su historial de vacunación en el último año (Ex: Flu Shot September 2021, etc.):

Historial de Tratamiento

Numero de visitas de Fisioterapia:

Numero de visitas de Quiropráctica :

Numero de Visitas de Acupuntura :

Lista de Otras Tratamientos:

Lista de Estudios de Imagen (Rayos X/IRM) y Centro de Imagen:

HISTORIAL DE FAMILIA

Padre: _____

Madre: _____

Hermano/a: _____

Hijo: _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (Página 6)

Robert E. Scott, Jr., M.D.

Spine Care • Musculoskeletal & Sports Injuries • Neurodiagnostic Testing • Spinal Interventions

Lista de Medicamentos Actuales

Nombre de Medicación (ex. Vicodin)	Dosificación (ex.5 mg)	Uso (ex. 1-2 pastillas dos veces al día)	Fecha de comienzo	Actualizaciones

Ver la lista adjunta (Por favor incluyé nombre de pacienté y fecha en la lista)) Por

favor indique cualquier alergia (o NKA si no sabe):

Uso exclusivo de la oficina

PMHx:

Ht: _____ Wt: _____ BP: _____ HR: _____ Temp: _____

Nombre: _____ Fecha: _____
 Apellido Nombre Primero