



2237 North Commerce Parkway, Ste 2  
Weston, FL 33326  
Phone 954-888-6650 • Fax 954-888-6645  
www.westonmedicalhealth.com

*The Next Generation in Healthcare*

**INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre de Pila) (Inicial Segundo)

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Anos: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
(completo SSN para Auto Accidente y Workers Comp)

Dirección: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Calle#/PO Box) (Ciudad) (Estado) (Código)

Teléfono # (\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_)  
(Celular) (Casa) (Trabajo)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nombre & Número de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tiempo Completo/Medio Tiempo/Estudiante/Retirado

Nombre y Dirección del Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_ Número de Contacto: \_\_\_\_\_

¿Cómo fuiste referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su principal queja o motivo de su visita hoy? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó su lesión/síntomas? \_\_\_\_\_

¿Dónde / Como / Ocurrió su lesión / Inicio? \_\_\_\_\_

(Por favor circule todo lo que aplique) **TRABAJO** **AUTO** **CASA** **RESBALAR & CAER** **OTRO** \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento por su lesión antes?  NO  YES En caso afirmativo, por favor especifique \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SALUD**

**HISTORIA SOCIAL:**

Fumar: ¿Fumas?  NO  YES

Alcohol: ¿Consumes alcohol?  NO  YES

Drogas: ¿Usas droga recreativa?  NO  YES

Ejercicio: ¿Hace ejercicio?  NO  YES

Deportes: ¿Practica deportes?  NO  YES

**HISTORIA MEDICA:**

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Calle#/PO BOX) (Ciudad) (Estado) (Código)

Consentimiento para obtener la Historia de Rx:  Yes  No

¿Es usted alérgico a algún medicamento?  NO  YES Si es así, por favor liste: \_\_\_\_\_

¿Está tomando medicamentos actualmente?  NO  YES

Nombre del Medicamento	Fuerza	Dosificación	Frecuencia /Toma

Firma del Paciente / Parte Responsable \_\_\_\_\_ El día de hoy \_\_\_\_\_

*The Next Generation in Healthcare*

**CONDICION DE SALUD ACTUAL**

¿Tiene actualmente o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas?

Enfermedad del Corazon	Si	No	Ataque al Corazon	Si	No	Alta presion sanguine	Si	No
Diabetes	Si	No	Carrera	Si	No	Asma	Si	No
Hapatitis	Si	No	Murmurs	Si	No	Fiebre Reumatica	Si	No
Enfermedad Pulmonar	Si	No	Trastornos de la Sangre	Si	No	Anemia	Si	No
Hoz Celula	Si	No	Enfermedad del Rinon	Si	No	Artritis	Si	No
Gouth/Pseudogout	Si	No	Calculos Renales	Si	No	Enfermedad de Tiroides	Si	No
Cáncer	Si	No	Efermedad GI	Si	No	Polio	Si	No
Trastorno Convulsivo	Si	No	Enfermedad Neurmuscular	Si	No	Psicologico	Si	No
Trauma	Si	No	Clotes de noder o flebitis	Si	No	Transfucion de Sangre	Si	No
El HIV	Si	No	Migrana	Si	No	Osteoporosis	Si	No
Otro								

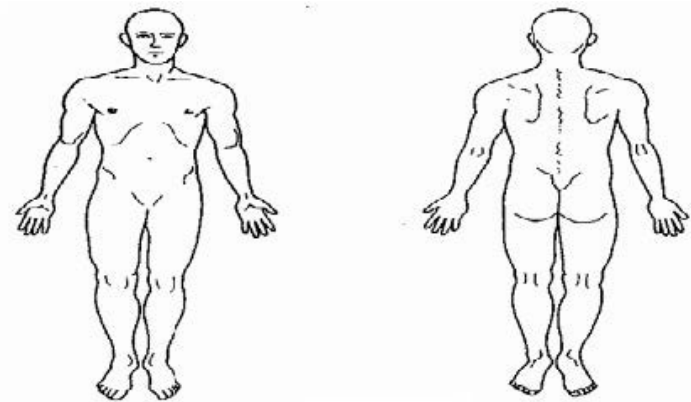
Por favor haga una lista de todas las cirugías y cualquier periodo de hospitalización (indique las fechas)

¿Dón de está tu dolor?

Indique dónde tiene dolor u otros síntomas con una X

Si su dolor es el resultado de un accidente automovilístico o resbalón / caída, indíquelo haciendo un círculo alrededor del lugar donde fue golpeado su cuerpo.

<b>Rodillas:</b>	Izquierda	Derecha
<b>Caderas:</b>	Izquierda	Derecha
<b>Espalda:</b>	Izquierda	Derecha
<b>Los Codos:</b>	Izquierda	Derecha
<b>Las Munecas:</b>	Izquierda	Derecha
<b>Los Pies:</b>	Izquierda	Derecha
<b>Cabeza:</b>	Izquierda	Derecha
<b>Cuello:</b>	Izquierda	Derecha
<b>Espalda:</b>	Izquierda	Derecha



De 0 a 10, donde tu dolor está en su punto más alto?

De 0 a 10, donde tu dolor está en su punto más bajo?

¿Cómo describirías tu dolor? \_\_\_\_\_

Lo que agrava tu dolor? \_\_\_\_\_ Por favor marque

Sentarse para Pararse Caminar Bolblado Allanamiento Subinido Escaleras bajando Escaleras Colocando Acostado Contacto

Lo que alivia tu dolor? \_\_\_\_\_

Es tu dolor peor en la mañana o noche? \_\_\_\_\_

Tiene alguna actividad que no puede realizar en este momento? \_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Parte Responsable \_\_\_\_\_ El día de hoy \_\_\_\_\_



2237 North Commerce Parkway, Ste 2  
 Weston, FL 33326  
 Phone 954-888-6650 • Fax 954-888-6645  
 www.westonmedicalhealth.com

*The Next Generation in Healthcare*

**INFORMACION DEL SEGURO**

**Información del seguro: proporcione la tarjeta de seguro y la licencia de conducir del estado en la recepción**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Dirección Asegurada: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Calle#/PO Box) (Ciudad) (Estado) (Código)

MVA: Fecha de MVA: \_\_\_\_\_ Estado\_MVA-: \_\_\_\_\_ Numero de reclamo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Claim submitted  Y  N Adjuster: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_

¿Tienes algún plan de seguro secundario o adicional?  Yes  No Nombre: \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE LOS BENEFIS**

Yo, el paciente mencionado arriba / abajo, firmando a continuación, asigno de manera irrevocable a WESTON MEDICAL HEALTH CENTER, cualquiera y todos mis derechos y beneficios bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización, o cualquier otra fuente colateral según lo define la ley de la Florida. , por cualquier servicio o cargo proporcionado por WESTON MEDICAL HEALTH CENTER. Es la intención de los abajo firmantes que esta asignación sea irrevocable y se aplique a todas y cada una de las causas de acción, demandas, reclamos, reclamaciones y demandas. Entiendo que en el caso de que sea necesario cobrar el dinero adeudado a través de un abogado, seré responsable de todos los costos, incluidos, entre otros, los honorarios de abogados y los costos judiciales. También entiendo que esta asignación de beneficios le otorga a WESTON MEDICAL HEALTH CENTER el derecho a presentar una demanda contra mi compañía de seguros o la compañía de seguros correspondiente. Al firmar a continuación, certifico que he leído esta asignación de beneficios y entiendo todos los términos y condiciones. Reconozco que todas mis preguntas relacionadas con esta asignación de beneficios me han sido explicadas por completo por Weston Medical Health Center.

**DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD**

Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al médico o al consultorio del médico. Autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para comunicarse con los médicos personales y otros proveedores de atención médica y pagadores, y para garantizar el pago de los beneficios. Entiendo que soy responsable de todos los costos de la atención, independientemente de la cobertura del seguro. También entiendo que si suspendo o doy por terminado mi programa de atención según lo determine mi médico tratante, cualquier tarifa por servicios profesionales se pagará de inmediato. Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización, empleador, hospital, médico, dentista o farmacéutico a divulgar cualquier información solicitada con respecto al procesamiento de mis reclamos.

**AVIDO DE BENEFICIARIO AVANZADO (ABN) SOLO PARA MEDICARE**

Está recibiendo este aviso porque es posible que su compañía de seguros no pague por todos los servicios que recibe durante su visita a nuestra oficina. Lo que necesitas saber:

- Lea este aviso, para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.
- Hacer preguntas.

\_\_\_\_\_ Sí, quiero recibir estos servicios.

\_\_\_\_\_ No he decidido no recibir estos servicios.

En caso de que decida solicitar estos servicios en el futuro, entiendo que se me cobrará y soy responsable del pago completo.

Para servicios quiroprácticos: solo están cubiertos los ajustes 98941, 98942, 98943.

Todos los demás servicios y / o suministros proporcionados por el quiropráctico serán una tarifa adicional.

Al firmar este aviso, usted acepta asumir la responsabilidad financiera por el costo de los suministros y / o servicios enumerados anteriormente si su compañía de seguros niega la cobertura de los artículos enumerados.

**RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Todos los copagos se deben al momento del servicio.

Las compañías de seguros proporcionan a los proveedores información no garantizada luego de la verificación de los Beneficios y pueden reembolsar de manera diferente al momento del pago del reclamo. Usted es responsable de los Deducibles, ajustes o saldos impagos realizados por su seguro. Si su compañía o plan de seguros anula la asignación de beneficios y realiza pagos de reclamos directamente a usted, usted es responsable de pagarle a Weston Medical Health Center una vez que lo reciba. Un acuerdo de pago por estos servicios después de que una aseguradora le haya pagado no es aceptable. Una copia de la Explicación de Beneficios debe acompañar los cheques para que podamos registrar su cuenta correctamente. Autorizo a Weston Medical Health Center a conservar mi tarjeta de crédito archivada para facturación recurrente, copagos, deducibles y saldos pendientes de pago.

Firma del Paciente / Parte Responsable \_\_\_\_\_ El día de hoy \_\_\_\_\_



## CANCELACIÓN MÉDICA CANCELACIÓN / POLÍTICA DE NO SHOW

Gracias por confiar en su atención médica a Weston Medical Health Center. Cuando programa una cita con Weston Medical Health Center, reservamos el tiempo suficiente para brindarle atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible, y no más tarde de **24 Horas** antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita. Por favor, vea nuestra Política de cancelación de cita / No Show abajo

- A partir del 15 de septiembre de 2018, cualquier paciente establecido que no se presente o cancele / re programe una cita y no se haya comunicado con nuestra oficina **con al menos 24 horas** de anticipación se considerará No Show y se le cobrará **una tarifa de \$ 25.00**.
- A cualquier paciente establecido que no se presente o cancele / re programe una cita sin aviso de 24 horas por **segunda** vez, se le cobrará una **tarifa de \$ 50.00**.
- Si se produce un **tercer** No Show o cancelación / reprogramación sin aviso de 24 horas, el paciente puede ser **expulsado** de Weston Medical Health Center.
- Cualquier paciente que no se presente o cancele / re programe una **Cita de masaje** sin aviso de 24 horas se considerará No Show y se le cobrará **el monto total** de la visita.
- Cualquier paciente nuevo que no se presente a su visita inicial no será reprogramado.
- La tarifa se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y se debe pagar **en el momento de la próxima visita al consultorio del paciente**.
- Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, hacemos llamadas de recordatorio para citas. Si no recibe una llamada o un mensaje de recordatorio, la Política anterior permanecerá vigente.

Entendemos que puede haber ocasiones en que ocurra una emergencia imprevista y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestro Gerente de la Oficina, quien puede cancelar la tarifa de No Show. Puede comunicarse con Weston Medical Health Center las 24 horas del día, los 7 días de la semana al número que figura a continuación. Si es después del horario laboral habitual de lunes a jueves o un fin de semana, puede dejar un mensaje.

**Weston Medical Health Center (954)888-6650**

**He leído y entiendo la Política de cancelación de citas médicas / No presentación y estoy de acuerdo con sus términos.**

**Firma del Paciente / Parte Responsable** \_\_\_\_\_ **El día de hoy** \_\_\_\_\_



2237 North Commerce Parkway, Suite 2 • Weston, FL 33326 • Phone 954-888-6650 • Fax 954-888-6645 • westonmedicalhealth.com

*The Next Generation in Healthcare*

---

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

**Nombre Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por este medio solicito y autorizo a usted, a sus empleados y agentes a proporcionar todos los registros e informes, incluidos los rayos X y las copias fotostáticas y cualquier otra información relacionada con cualquier examen, tratamiento u opinión relacionada con cualquier condición que pueda haber tenido en el pasado o ahora. tener.

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fax Records to: 954-888-6645

**Firma del Paciente / Parte Responsable** \_\_\_\_\_ **El día de hoy** \_\_\_\_\_

Fax A: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_