

Ultima Sports and Spine

219 Lafayette Avenue

Hawthorne, NJ 07506

Phone: 973.423.9100

La información que proporciona a continuación nos ayuda a comprender mejor sus necesidades y cómo ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Escriba de manera legible y responda todas las preguntas en su totalidad. Un sk el personal de la oficina si usted tiene alguna pregunta o necesita más Clarifi cación .

Paciente Nuevo

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Números De telefono

Casa: _____ Trabajo : _____

Cell: _____ Otro: _____

- Preferido para contactarlo y para recordatorios de citas: Casa Trabajo Celular Otro
- ¿Está bien recibir recordatorios de citas por mensaje de texto de nuestra clínica? Sí No
- Cuál es su dirección de correo electrónico: _____
- ¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico con respecto a información importante sobre la clínica ? Sí No

¿Cómo se enteró de nuestra clínica?

Sitio web Publicidad Amigo / Familia Otro: _____

INFORMACION DE SEGUROS :

SS #: _____ Fecha de nacimiento : _____

Edad: _____ Sexo M F

Nombre del titular de la póliza: _____

Sí mismo Padre

Nombre de la compañía de seguros : _____

Póliza #: _____

Seguro secundario: _____

Póliza #: _____

Estado civil Soltero Casado Pareja Separado Divorciado Viudo

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono : _____

Informacion de Empleo:

Dirección _____

HISTORIA MÉDICA PASADA

Compruebe si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas :

SIDA VIH Cáncer Gota Artritis reumatoide

El alcoholismo

Dolor de Cabeza Migrañas Stroke

Anemia enfermedad cardíaca

problema de tiroides

Diabetes Hepatitis B o C Esclerosis múltiple

Presión arterial alta

Hernia abdominal Osteoporosis Artritis Enfisema

Herpes Marcapasos Tumores Crecimientos

Asma

Trastornos Fatiga Colesterol alto

Enfermedad de Parkinson

Enfermedad renal

Nervio pinzado Enfermedad vascular

Bronquitis Enfermedad Hepática

Pneumonia

Epilepsia / Convulsiones Úlceras

Otro _____

Alergias: _____

¿Tiene un problema psiquiátrico ?

Sí No Explique: _____

¿Ha tenido alguna forma de cirugía cardíaca? Sí No

Explique: _____

¿Ha ido alguna vez a un quiropráctico? Sí No ¿

Cuánto tiempo hace? _____

¿Por qué fue tratado? _____

¿Qué estudios de diagnóstico por imágenes se ha realizado? XR ays CT S can MRI

Otro: _____

¿Le han diagnosticado abultamientos de disco cervical o lumbar o hernias de disco ?

Sí No

El numere todos los medicamentos y suplementos vitamínicos /
herbales que está tomando actualmente con las dosis :

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

¿Qué Hospitalizaciones, cirugías o lesiones has
tenido ? _____

¿Alguna vez ha tenido un accidente automovilístico? Sí No

¿Alguna vez ha tenido un caso de compensación laboral? Sí No

En caso afirmativo a cualquiera de las anteriores, explique y describa el tratamiento recibido:

FAMILIA HISTORIA

¿Tiene antecedentes familiares (PARIENTE SANGUÍNEO) de alguno de los siguientes

Alcoholismo Esclerosis múltiple Enfermedad mental Enfermedad renal

Trastorno de la tiroides

Enfermedades de la piel

Anemia Depresión Dolores de cabeza / migrañas

Artritis

Diabetes enfermedad cardíaca

Liver Disease presión arterial alta

Cáncer (tipo): _____

Otro : _____

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____

Tiempo completo Tiempo parcial Retirado

¿Usted bebe alcohol? Sí No

¿Cuántas bebidas por semana? _____

¿Actualmente consume tabaco ? Sí No

tiempo? _____

¿Cuánto por día _____

¿Usa drogas recreativas? Sí No

¿De qué tipo? _____

¿Hacer ejercicio? Sí No En el hogar

¿Eres sexualmente activo? Sí No

¿Tiene alguna limitación física o discapacidad? Sí No

Explique: _____

Altura: _____

Peso: _____ lbs.

Fecha del último examen físico: _____

POLÍTICA DE LA OFICINA SOBRE NOMBRAMIENTOS

Se le pueden dar varias citas para su conveniencia para minimizar las esperas y facilitar la incorporación de estas citas en su horario diario / semanal. Independientemente de la cantidad de citas programadas para usted cada semana, recuerde que lo importante es la **FRECUENCIA DE LAS VISITAS, NO LOS DÍAS**. Si no puede asistir a una cita por cualquier motivo, le solicitamos que llame a la oficina de inmediato para reprogramar su visita. Si llega tarde a una cita, es posible que deba esperar hasta la próxima apertura disponible. Le agradecemos su cooperación y comprensión.

Esta oficina no es así como a Char ge una fe correo para las citas perdidas de oficina o de la falta de notificarnos dentro de las 24 horas de su cita programada. Creemos en el sistema de honor y reconocemos que las emergencias pueden ocurrir en cualquier momento. Le rogamos para su cortesía en este mate ryk EEP informados tan pronto como sea posible en caso de que necesite cancelar un AP nombra- o va a llegar tarde. Si, por cualquier motivo, esto se convierte en un problema recurrente, es posible que deba pagar una tarifa de \$ 50 por no llamar / no presentarse, ya que el tiempo programado en nuestro programador de citas está asignado específicamente para usted. Se agradece enormemente su cooperación en este asunto.

Entiendo la información anterior y garantizo que este formulario se completó correctamente y con la mayor precisión posible, según mi leal saber y entender, y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma del paciente _____

Fecha : _____