

TEXAS ORTHO SPINE CENTER

12605 East Freeway, Suite 510
Houston, Tx 77015

Cancelación / Tarifa de no presentación

Estimado paciente, entendemos que a veces uno necesita que reprogramar sus citas. Cuando usted programe su cita, comprenda que estamos reservando tiempo para que vea a su proveedor. Esta cortesía hace posible brindar el servicio aquí en Texas Ortho Spine Center se le da. Si necesita cancelar su cita o reprogramarla, por favor de avísenos con al menos 24 horas de anticipación. **Si no lo hace, se le cobrará al paciente una tarifa de \$ 25 por no presentarse.**

Le agradecemos su confianza en nosotros aquí en TOSC.

Firma de paciente:



**TEXAS ORTHO
SPINE CENTER**

ESTA FORMA PARA COMPLETAR CADA VISITA

FECHA: _____

NOMBRE DE PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE TELEFONO _____ NUMERO ALTERNATIVO _____

DIRRECCION _____

<p>Nivel de Dolor (0-10): _____</p> <p>¿Como se describe el dolor? Comezon Cojera Bloquero Hinchazor Ardiente Debilidad Estrenimiento Punalada Palpitante Entumecimiento Perdida de fueza</p> <p>¿Donde es el dolor? Por favor indica izquierda or derecho cuando refieres a un extremidad</p>	<p>¿Cual otra problemas tiene que son un resulta del dolor? Dolor de cabeza Problemas intestinalis Vision borrosa Problemas de la vejiga Di function erectile Otro: _____</p> <p>¿Que Alivia el dolor? Descansando Elevando el parte de tu cuerpo Medicinas Therapia Otro: _____</p>
<p>¿Cuantos veces viene el dolor? Constante Ocasional Raramente</p> <p>¿Cuando viene el dolor? En la mañana En la tarde En la noche</p> <p>¿Como es el dolor usualmente provocado?</p>	<p>¿Que hacer el dolor peor? Doblando Parando Corriendo Viajando en vehiculo Caminando Cambios de clima Cargado de espalda Otro: _____</p>

<p>¿Has visto a otro medicos destde tu ultima visita? Si No Nombre: _____ Fecha: _____ Razon: _____</p>	<p>¿Ha tenido alguna prueba desde su ultima visita? Si No Nombre: _____ Fecha: _____ Razon: _____</p>
---	---

Allergias: _____

Medicinas: _____	Pharmacia y Numero de Telefono _____
-------------------------	---

Desde su ultimas visita, tenga en cuenta cualquier cambio en el estado civil, el trabajo, el habito de fumar o el consume de alcohol

Comentarios



PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE			Date/Fecha:
In case of emergency call: <i>En caso de emergencia llamar a:</i>		Relationship: <i>Relacion:</i>	Phone: <i>Telefono:</i>
Patient Name: <i>Nombre de Paciente:</i>		Ph#: <i>Telefono:</i>	
Address: <i>Direccion:</i>		Referring Doctor Phone/ <i>Numero de Doctor de Referencia</i>	
City State Zip: <i>Ciudad, Estado,Codigo Postal:</i>			Email:
DOB/ <i>Fecha de Nacimiento</i>	Age/ <i>Edad</i>	Sex/ <i>Sexo</i>	Marital Status S M W D <i>Estado Marital</i>
Place of Employment: <i>Lugar de Trabajo:</i>		Occupation: <i>Ocupacion:</i>	Emp. Phone <i>Telef. De Trabajo</i>

PERSON(S) AUTHORIZED TO SHARE MEDICAL INFORMATION/AUTORIZADO PARA RECIBIR INFORMACION MEDICO		
Name/Nomre	Phone Number/Numero de Telefono	Relation/Relacion

INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DE LA ASEGURANZA	
Name of Insurance Company <i>Nombre de la Compania de Seguro</i>	
Address including zip code <i>Direccion incluyendo codigo postal</i>	
ID# <i>Numero de Identificacion</i>	Phone/ <i>Telefono</i>
Name of Insured <i>Nombre del asegurado</i>	If patient is a dependent, give name of insured person
Authorization to pay benefits to the physician. I hereby authorize payment directly to the undersigned physician of surgical and/or medical benefits, if any, otherwise payable to me for his services. I understand that this authorization does not release me from my personal responsibility for payment of all charges	
SIGNED (Patient or parent, if minor) <i>FIRMA (Paciente o padre si paciente es un menor)</i>	SIGNED (Insured person) <i>FIRMA DEL ASEGURADO</i>
DATE/FECHA	DATE/FECHA

REVIEW OF YOUR BODY SYSTEMS REVISION DE LOS SISTEMAS DEL CUERPO

Please circle Y (Yes/Si) or N (No)

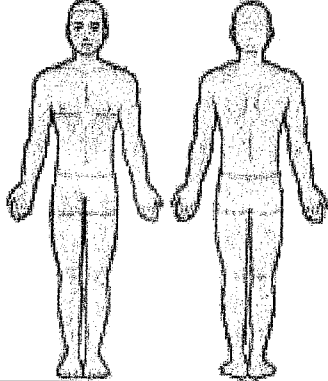
Do you have now or have you ever had any of the following? ¿Tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones?

Eyes		
Y N	Double vision	<i>Vision doble</i>
Y N	Dry eyes	<i>Ojos secos</i>
Y N	Blurry vision	<i>Vision borrosa</i>
Y N	Vision Change	<i>Cambios de vision</i>
Y N	Eye irritation	<i>Irritacion de ojos</i>
Ears		
Y N	Difficulty hearing	<i>Difficultad escuchando</i>
Y N	Ringing in ears	<i>Tonido en las orejas</i>
Y N	Ear pain	<i>Dolor in las orejas</i>
Nose		
Y N	Nosebleeds	<i>Hemorragia nasal</i>
Y N	Sinus problems	<i>Problema sinusal</i>
Y N	Sputum	<i>Espuito</i>
Throat		
Y N	Sore throat	<i>Raspando de garganta</i>
Y N	Dry mouth	<i>Boca seca</i>
Y N	Hoarseness	<i>Ronquera</i>
Y N	Mouth ulcers	<i>Ulders de la boca</i>
Y N	Oral abnormalities	<i>Anomalias orales</i>
Y N	Difficulty swallowing	<i>Difficultad para tragar</i>
Y N	Bleeding Gums	<i>Hemorragia de las encias</i>
Skin		
Y N	Rashes	<i>Erupciones</i>
Y N	Itching	<i>Comezon</i>
Y N	Change in skin color	<i>Decoloracion de Piel</i>
Y N	Areas that will not heal	<i>Areas que no sanaran</i>
Gastrointestinal		
Y N	Vomiting blood	<i>Vomita sangre</i>
Y N	Indigestion	<i>Indigestion</i>
Y N	Abdominal pain	<i>Dolro abdominal</i>
Y N	Diarrhea	<i>Diarrea</i>
Y N	Constipation	<i>Estrenimiento</i>
Y N	Change in bowel habits	<i>Cambio de defecando</i>
Y N	Black/blood in stool	<i>Negro/Sangre en defecar</i>
Y N	Ulcers	<i>Ulceras</i>
Y N	Colitis	<i>Colitis</i>
Y N	Rectal bleeding	<i>Sangrando rectal</i>
Y N	GERD	<i>Reflujo "ERGE"</i>
Neurologic		
Y N	Stroke	<i>Apopejia</i>
Y N	Epilepsy	<i>Epilepsia</i>
Y N	Paralysis	<i>Paralisis</i>
Y N	Fainting spells	<i>Desmayos</i>
Y N	Dizziness	<i>Mareo</i>
Y N	Change in sensation	<i>Cambio de sensacion</i>
Musculoskeletal		
Y N	Neck pain	<i>Dolor de cuello</i>
Y N	Back pain	<i>Dolor de espalda</i>
Y N	Leg pain	<i>Dolor de pierna</i>
Y N	Painful joints	<i>Dolor de articulares</i>
Y N	Swollen joints	<i>Inflamacion de articulares</i>
Y N	Difficulty walking	<i>Difficultad con caminando</i>
Y N	Cramps	<i>Calambres</i>
Psychological		
Y N	Depression/Worry	<i>Tristesia</i>
Y N	Nervous Disorder	<i>Trastorno Nervioso</i>
Y N	Anxiety	<i>Ancia</i>
Y N	Memory loss	<i>Fallando de memoria</i>
Y N	Sleep Disturbances	<i>Alteracion de sueño</i>
Cardiovascular		
Y N	Chest pain or pressure	<i>Dolor de pecho o pression</i>
Y N	Palpitations	<i>Palpitaciones</i>
Y N	Irregular heartbeat	<i>Ritmo cardiac irregular</i>
Genitourinary		
Y N	Kidney stones	<i>Calculos renales</i>
Y N	Blood in urine	<i>Sangre en orina</i>
Y N	Painful urination	<i>Dolor con orinando</i>
Y N	Nocturia	<i>Orinando en la noche</i>
Y N	Pus in urine	<i>Pus en la orina</i>
Y N	Slow stream	<i>Orina despacio</i>
Y N	Difficulty urinating	<i>Difficultad con orinando</i>
Y N	Loss of urinary control	<i>Perdie control de orina</i>
Y N	Incomplete emptying	<i>Vaciando incompleto</i>
Respiratory		
Y N	Shortness of breath	<i>Difficultad de respirar</i>
Y N	Wheezing	<i>Chillido en el pecho</i>
Y N	Coughing	<i>Tos</i>
Y N	Bloody sputum	<i>Sangre con escupe</i>
Y N	Coughing blood	<i>Tosiendo sangre</i>

I acknowledge that I have reviewed this form in its entirety/Soy de acuerdo que revise esta forma completamente.

Signature/Firma

Medical History Form <i>Forma de Historia Medica</i>	Name/Nombre	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Date of Injury/ <i>Fecha de herido</i>
--	-------------	---	---

REASON FOR OFFICE VISIT	
<p>Where did the injury occur? Adonde ocurrio? <input type="checkbox"/> At work/En el Trabajo <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Other/Otro</p> <p>Describe if other?/Describe si es otro:</p> <p>Present Symptoms/Sintomas presentes: <input type="checkbox"/> Pain/Dolor <input type="checkbox"/> Numbness/Adormecido <input type="checkbox"/> Unable to bend/flex/lift/move without pain/no se puede estirar o doblar sin dolor</p> <p>Have you suffered a previous injury of any kind to the same area of the body? Ha sufrido cualquier otra clase de accidente en la misma parte del cuerpo? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Have you suffered a previous injury? Ha sufrido accidentes previos? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>A previous automobile injury? Un accidente de automobilo previo? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Please mark with an "X" the areas which you feel pain or discomfort/Por favor marques con una "X" en areas en cuales siente dolor o malestar</p> 

PRESENT MEDICAL TREATMENT TRATAMIENTO MEDICO PRESENTE
<p>Are you presently seeing a doctor? Actualmente esta viendo a un medico? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No Name/Nombre de Medico _____</p> <p>Date first seen/Fecha de la primera visita _____ Date last seen/Fecha de la ultima visita _____</p> <p>Are you presently receiving medical treatment or physical therapy/Esta usted recibiendo tratamiento medico or terapia fisica? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, please indicate date of last treatment/ Si su respuesta es afirmativa, indique la fecha de el ultimo tratamiento _____</p> <p>What type of treatment are you receiving?/Describa la naturaleza de el tratamiento recibido _____</p>

PAST MEDICAL HISTORY HISTORIA MEDICO		
Cancer	Lupus	Blood Disease <i>Enfermedades de la sangre</i>
Hepatitis	Asthma <i>Asma</i>	Veneral Disease <i>Enfermedades venereas</i>
Anemia	Emphysema <i>Inflamacion pulmonar</i>	Thyroid Disease <i>Enfermedades de la Tiroides</i>
HIV	Lung Disease <i>Enfermedades pulmonares</i>	Diabetes <i>Diabetis</i>
AIDS	Heart Disease <i>Enfermedad del corazon</i>	Other

PREVIOUS SURGERY - HOSPITALIZATIONS PREVIAS CIRUGIAS - HOSPITALIZACION		
<p>Please list all surgeries or serious illnesses requiring hospitalization, starting with the last: Favor enumere toda cirugias o enfermedades serias que haya requerido hospitalizacion</p>	Date/Fecha	Injury/Illness Herido/Enfermedad
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PERSONAL HISTORY HISTORIA PERSONAL	
YOUR CHILDREN/ SUS NINOS:	
Number living Cuantos vivos _____ List any serious diseases in children Anote enfermedades serias de sus hijos _____	
Number deceased/Numero de fallecidos hijos: _____ Cause/Causas: _____	

	No	Yes/Si		No	Yes/Si
Regularly exercise (3 or 4 times/week) <i>Hace ejercicios 3 o 4 veces a la semana</i>			Were you ever a heavy drinker <i>Ha sido usted alcoholic</i>		
Use Illegal drugs <i>Usa drogas ilegales</i>			Smoke <i>Fuma</i>		
Use alcohol <i>Toma bebidas alcoholicas</i>			If ever, when did you stop? <i>Si alguna vez lo hizo cuando paro?</i>		



Texas Orthopaedic Spine Center

Rubin Bashir M.D.

P. 832-962-7493 F. 832-962-7491

12605 East Freeway Suite 510 Houston, TX 77015

Medical Records Release Form / Formulario de divulgación de registros médicos

PATIENT /PACIENTE: _____ DOB: _____

By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, to the person(s) or entity listed below: / Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información confidencial de salud sobre mí, al entregar una copia de mis registros médicos, o un resumen o narrativa de mi información de salud protegida, a las personas o entidades que se enumeran a continuación:

HIV/AIDS: I consent to the release of any positive or negative test results for AIDS or HIV infection, antibodies to AIDS or infection with any other causative agent of AIDS with the rest of my medical records.

Patient Initials _____ Date _____

Limitations on the information you may release subject to this Release Form are as follows: Las limitaciones en la información que puede divulgar sujeto a este Formulario de divulgación son las siguientes:

The following person(s)/entity may release my protected health information to TEXAS ORTHO SPINE CENTER La (s) siguiente (s) persona (s) / entidad pueden divulgar mi información médica protegida a TEXAS SPINE ORTHO CENTER.

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone: _____ Fax: _____

The reason or purposes for this release of information are as follows: El motivo o los propósitos de esta divulgación de información son los siguientes:

Patient Signature (or parent, guardian or legal representative)

This Authorization Expires on: _____ 20_____