



### REGISTRO DE PACIENTE

**NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE (como aparece en Seguro Social, Licencia de manejar)**

<b>APELLIDO</b>		<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>SEGUNDO NOMBRE</b>	
TAMBIEN CONODICO COMO					

<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	MES	DIA	AÑO	<b>LICENCIA DE MANEJAR/ ID</b>		<b>SEGURO SOCIAL</b>	
----------------------------	-----	-----	-----	--------------------------------	--	----------------------	--

<b>GENERO (SELECCIONE UNO)</b>	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DECLINA DECLARAR	<b>LENGUAJE PREFERIDO</b>	<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL <input type="checkbox"/> OTRO: _____	<b>ESTADO CIVIL</b>	<input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO (A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO
--------------------------------	---	---------------------------	--	---------------------	--

<b>TÉLEFONO RESIDENCIAL</b>		<b>TÉLEFONO CELULAR</b>		<b>CORREO ELECTRONICO</b>	
-----------------------------	--	-------------------------	--	---------------------------	--

**DIRECCIÓN DE DOMICILIO \*NO PO BOX\***

<b>DIRECCIÓN</b>					
<b>CIUDAD</b>		<b>ESTADO</b>		<b>CODIGO POSTAL</b>	

**DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A DIRECCION DE DOMICILIO)**

<b>DIRECCIÓN</b>					
<b>CIUDAD</b>		<b>ESTADO</b>		<b>CODIGO POSTAL</b>	

<b>SITUACION LABORAL</b>	<input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> DESHABILITADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> JUBILADO	<b>EMPLEADOR</b>		<b>TELEFONO DE TRABAJO</b>	
--------------------------	---	------------------	--	----------------------------	--

<b>RAZA (SELECCIONE UNO)</b>	<input type="checkbox"/> AMERICANO INDIO <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> AFRICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIIANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DECLINA DECLARAR	<b>ETNICIDAD (SELECCIONE UNO)</b>	<input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> NO-HISPANIO/LATINO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DECLINA DECLARAR
------------------------------	---	-----------------------------------	--

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

<b>NOMBRE</b>		<b>RELACIÓN</b>		<b>TELEFONO</b>	
---------------	--	-----------------	--	-----------------	--

<b>MÉDICO DE REFERENCIA</b>	
-----------------------------	--

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y COBROS**

POR LA PRESENTE AUTORIZO QUE LOS BENEFICIOS DE MI SEGURO SE PAGUEN DIRECTAMENTE A NAVARRO PAIN CONTROL GROUP, INC. O A ROSA M. NAVARRO, MD. SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS.

<b>FIRMA DEL PACIENTE</b>		<b>FECHA</b>	
---------------------------	--	--------------	--

## NO ESCRIBA A CONTINUACION-USO PARA OFICINA SOLAMENTE

**PATIENT NAME AS IT APPEARS ON INSURANCE CARD IF DIFFERENT**

<b>LAST NAME</b>		<b>FIRST NAME</b>		<b>MIDDLE NAME</b>	
------------------	--	-------------------	--	--------------------	--

**INSURANCE-PRIMARY**

<b>INSURANCE NAME</b>		<b>ID #</b>		<b>GROUP #</b>	
<b>INSURED'S NAME</b>		<b>DOB</b>		<b>RELATIONSHIP</b>	
<b>INSURED'S SSN</b>		<b>MEDICARE:</b>		<b>MEDICAL:</b>	

**INSURANCE-SECONDARY**

<b>INSURANCE NAME</b>		<b>ID #</b>		<b>GROUP #</b>	
<b>INSURED'S NAME</b>		<b>DOB</b>		<b>RELATIONSHIP</b>	
<b>INSURED'S SSN</b>		<b>MEDICARE:</b>		<b>MEDICAL:</b>	

<b>PCP</b>		<b>CHECKED/COMPLETED BY</b>		<b>DATE</b>	
------------	--	-----------------------------	--	-------------	--



**CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO**

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento	
Fecha de Hoy:		Edad:	

Por favor díganos a que se debe su visita (CC): \_\_\_\_\_

**SU DOLOR ES:**

<input type="checkbox"/>	CONSTANTE	
<input type="checkbox"/>	TIENE/NO TIENE	
<input type="checkbox"/>	DURACION	
<input type="checkbox"/>	CUANTO TIEMPO	
<input type="checkbox"/>	QUE PARTE DEL CUERPO	

Marque todas las palabras que mejor describen su dolor:

<input type="checkbox"/>	LATIDO	<input type="checkbox"/>	ADOLORIDO	<input type="checkbox"/>	FUERTE	<input type="checkbox"/>	APAGADO
<input type="checkbox"/>	ARDOR	<input type="checkbox"/>	ENTUMECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	PUNALADA	<input type="checkbox"/>	ELECTRICO
<input type="checkbox"/>	HORMIGUEO	<input type="checkbox"/>	PUNZADAS	<input type="checkbox"/>	TENSION	<input type="checkbox"/>	

SELECCIONE SI O NO	SI	NO
¿Su dolor empezó repentinamente?		
¿Su dolor empezó gradualmente?		
¿Tuvo un accidente de Auto?		
¿Tuvo una lesión de trabajo?		
¿Hay acción legal pendiente?		

**ALERGIAS**	SI	NO
Alergia a Medicamentos		
¿Tiene alguna alergia?		
Si tiene alergia enliste aquí:		

**ESTA TOMADO ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS:**

<b>**ANTI-COAGULANTES**</b>	
Aggrenox/Dipyridamole	Heporin/Heporin
Arixtra/Fondaparinux	Lovenox/Enoxaparin
Bevyxxa/Betrixaban	Plavix/Clopidogrel
Brilinta/Tricagrelor	Prodaxa/Dabigatran
Cilostazol/Pletal	Savaysa/Edoxaban
Coumadin/Warfarin	Trental/Pentoxifylline
Effient/Prasugel	Ticlid/Ticlopidine
Eliquis/Apixaban	Xarelto/Rivaroxaban
Fragmin/Dalteparum	Ninguno

Califique su dolor en la siguiente escala **CERO** es **SIN DOLOR**, mientras que **10** es el **PEOR IMAGINABLE**

0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 ○

**SIN DOLOR**

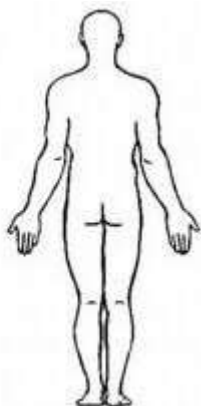
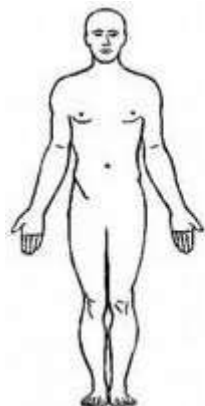
**PEOR DOLOR**

¿Qué tan fuerte es su dolor?  **LEVE**  **MODERADO**  **FUERTE**  **INTOLERABLE**

**INDIQUE TODAS LAS PARTES DONDE TIENE DOLOR**

FRENTE

DETRAS



DERECHA IZQUIERDA

IZQUIERDA DERECHA

¿ Se ha hecho uno de los siguientes?	SI	NO	cervical	thoracic	lumbar	otro
MRI'S						
X-Rayos						
CT Scan						
CT Mylogram						



**EN LOS CUADROS A CONTINUACIÓN POR FAVOR DÍGANOS SI SU DOLOR LIMITA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES**

¿El dolor afecta su apetito? SI/NO/explicar	¿Cuantas horas al día trabaja? Tipo de trabajo?
¿Cuantas horas duerme?	¿De qué manera el dolor limita sus actividades? Tipo de actividad:
¿Que causa que su dolor empeore?	**? El dolor le causa depresión o ansiedad? SI/NO/explicar
¿Que causa que su dolor mejore?	**? Fuma tabaco? Si no fuma, <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA Si fuma, <input type="checkbox"/> ? Desde cuándo? (fecha) _____ <input type="checkbox"/> FRECUENCIA: _____
¿Problemas urinarios? SI/NO/ explicar	**? Toma alcohol? Si no toma, <input type="checkbox"/> ANTERIORMENTE <input type="checkbox"/> NUNCA Si toma, <input type="checkbox"/> ? Desde cuándo? (fecha) _____ <input type="checkbox"/> FRECUENCIA
¿Problemas del intestino? SI/NO/explicar	**? Hace drogas recreacionales? SI/NO (Cocaína, Heroína, o Marijuana)

**INDIQUE SI USTED HA INTENTADO CUALQUIERA DE ESTOS TRATAMIENTOS Y SI FUERAN EFICAZ**

Tratamiento	SI/NO	¿Tratamiento fue Eficaz?
Cirugía		
Fisioterapia		
Quiropráctico		
Acupuntura		
Masaje		
Biorretroalimentación (técnica Psicosomática)		
TENS unit		
Inyecciones de esteroides/Bloqueo del nervio		

**COMO ESTA SU DOLOR HOY:**

<input type="checkbox"/>	Empeorando
<input type="checkbox"/>	Mejorando
<input type="checkbox"/>	No cambio

**\*\*FAVOR DE ENLISTAR TODOS SUS MEDICAMENTOS\*\***

Nombre de las medicinas o suplementos	Dosis o potencia	Número de tabletas	Número total de tabletas por día	Razón por la cual toma esta medicina

<b>**NOMBRE DE FARMACIA**</b>	<b>DIRECION</b>	<b>TELEFONO &amp; FAX</b>



REVISION DE LOS SISTEMAS (SELECCIONE SI O NO)		SI	NO	COMENTARIOS
CONSTITUCIONAL	Fiebre			
	Pérdida de peso			
OJOS	Problemas de visión			
OREJAS/NARIZ/BOCA	Audífonos			
CARDIOVASCULAR	Dolor en el pecho			
	Dificultad para respirar			
	Palpitaciones			
	Inflamación de piernas			
RESPIRATORIO	Tos			
	Raspa al respirar (wheezing)			
GASTROINTESTINAL	Reflujo			
GENITOURINARIO	Infección del tracto urinario			
MUSCULOSKELETAL	Dolor en los músculos			
INTEGUMENTARIO	Piel			
NEUROLOGICA	Sincope (perdida de Conocimiento)			
	Mareos			
PSQUIATRO	Depresión			
ENDOCRINO	Diabetes			
HEMATOLOGIA/LINFATICO	Tendencia al sangrado			
CANCER	Antes o Ahora			Tipo: <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> Radiacion

**\*\* POR FAVOR INDIQUE SI TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MÉDICAS \*\***

<input type="checkbox"/> Infarto Cerebral	<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Piedras riñón
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Dolor en las coyunturas	<input type="checkbox"/> Moretones fácil
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Murmullos	<input type="checkbox"/> Enfermedad músculos	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Perdida de memoria	<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Huesos quebrados	<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Alta presión/Hipertensión	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroides	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Radiculopatía	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Dolor espalda
<input type="checkbox"/> Embarazada (ahora)	<input type="checkbox"/> Dolor de piernas	<input type="checkbox"/> Dolor de brazos	<input type="checkbox"/> Dialisis
<input type="checkbox"/> Alto colesterol	<input type="checkbox"/> Apnea de sueño	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Otro

**\*\* ENLISTE TODAS SUS CIRUGÍAS\*\***

Cirugías	Fecha

**HISTORIA SOCIAL E HISTORIA FAMILIAR**

ESTADO CIVIL	ESTADO DE VIVIENDA	HIJOS	PATERNAL	SI/NO	MATERNAL	SI/NO
Casado	Vive solo	SI	Abuso Alcohol		Abuso de Alcohol	
Soltero	Vive con cónyuge	NO	Abuso de Drogas		Abuso de Drogas	
Divorciado	Vive con familia	¿Cuántos?				
Viudo	Otro	Varón				
		Mujer				