

Patient Information

Patient Name/Nombre del paciente: _____ SSN: _____
Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____ Date/ Fecha: _____ Male/ Varon Female/ Hembra
Phone/Telefono: _____ Email: _____
Street Address/ Direccion: _____ Unit/ Unidad: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____
Employer/Empleador: _____ Occupation/Oficio: _____
Employer Contact/Contacto de trabajo: _____ Employer Phone/Numero de trabajo: _____
Employer Address/Direccion de trabajo: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____
Emergency Contact/Contacto de Emergencia: _____ Phone/Telefono: _____

Please note the location of your injuries on the diagram →
Por favor indique la ubicacion de sus lesiones en el diagrama

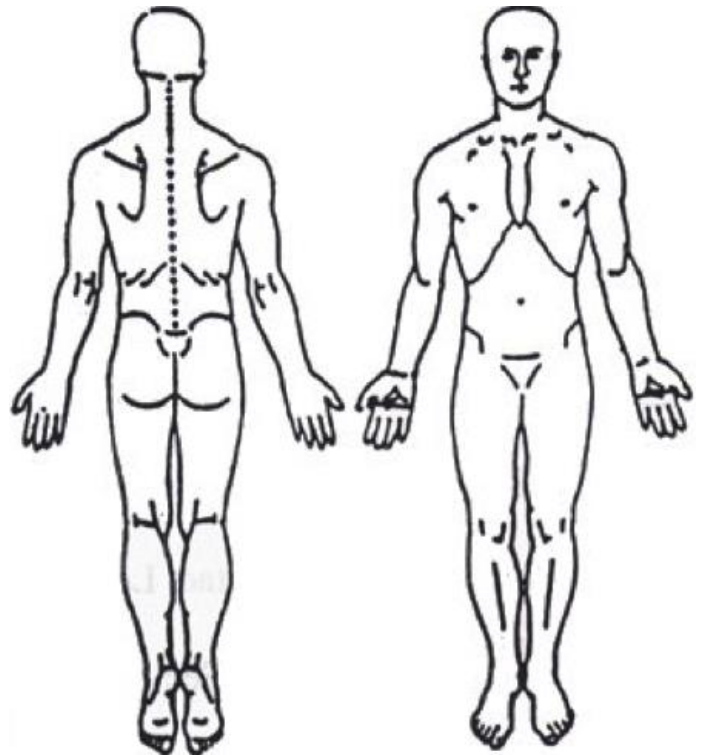
Side/ Lado: Right/ Derecho Left/ Izquierdo Both/ Ambos

Date of accident/ Fecha del accidente: _____

Time of accident/ Hora del accidente: _____

Where did the injury occur/ Donde ocurrio la herida? _____

How did you get hurt/ Como se lesionó? _____



For Office Use Only/ Sólo para uso de oficina

BP _____ / _____ Pulse _____ O2 _____ RR _____ Temp _____ Height _____ Weight _____

Injury Care Associates

www.injurycareco.com

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Consentimiento para recibir tratamiento

Por la presente solicito y acepto voluntariamente la prestación de servicios médicos por Injury Care Associates, LLC, incluidos sus empleados y otros proveedores de servicios afiliados a Injury Care Associates, LLC. Doy mi consentimiento para la prestación de procedimientos y / o servicios auxiliares, que pueden ser administrados o realizados por los empleados de la clínica bajo la instrucción general o específica de mi médico o las personas que él designe. Reconozco que no se han implicado ni se me han otorgado garantías en cuanto a los resultados de mi tratamiento o el resultado de los servicios prestados por Injury Care Associates, LLC.

Además, toda la información proporcionada a Injury Care Associates, LLC y sus proveedores médicos y el personal es precisa y actualizada a mi leal saber y entender. Autorizo a Injury Care Associates, LLC a proporcionar servicios en mi nombre utilizando toda la información disponible para ellos.

Firma del paciente o la parte responsable

Autorización para el uso y divulgación de información médica

Para los pacientes que soliciten evaluaciones físicas relacionadas con el empleo, pruebas de drogas o alcohol, otros servicios de Salud Ocupacional o Compensación Laboral que realizará Injury Care Associates, LLC. Autorizo a Injury Care Associates, LLC y sus prácticas afiliadas a utilizar y divulgar a mi empleador o posible empleador la información de salud y los resultados sobre mí adquiridos en el curso de mi evaluación o prueba. La información que se utilizará y divulgará puede incluir registros médicos, registros de tratamiento, registros quirúrgicos, registros de diagnóstico, registros psiquiátricos y / o psicológicos, información relacionada con el uso de drogas o alcohol en el pasado o el presente, o lesiones relacionadas con el trabajo anterior. También autorizo a Injury Care Associates, LLC a divulgar los resultados de las pruebas a los que he enviado; pruebas de drogas y alcohol u otras pruebas de diagnóstico. La información obtenida a lo largo de mi evaluación también puede ser reportada a cualquier agencia regulatoria autorizada, incluyendo pero sin limitarse a: el Departamento de Transporte, la División de Compensación para Trabajadores del Estado de Colorado, el Departamento de Salud Pública del Estado de Colorado u otras agencias gubernamentales como requerido por la ley.

Para pacientes que solicitan servicios médicos relacionados con lesiones sufridas en un automóvil u otro accidente. Autorizo a Injury Care Associates, LLC a usar y divulgar toda y cualquier información médica recopilada durante mi tratamiento a mi representante legal o compañía de gravamen responsable de la coordinación o pago de la atención. La información que se utilizará y divulgará puede incluir registros médicos, registros de tratamiento, registros quirúrgicos, registros de diagnóstico, registros psiquiátricos y / o psicológicos, información relacionada con el uso de drogas o alcohol en el pasado o en la actualidad, o lesiones previas. También autorizo a Injury Care Associates, LLC a divulgar los resultados de las pruebas a las que he enviado, incluidas las pruebas de detección de drogas y alcohol u otras pruebas de diagnóstico.

Esta Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica es adicional al Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA para Injury Care Associates, LLC.

Se me proporcionó y leí la Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica y doy mi consentimiento para permitir que Injury Care Associates, LLC comparta mi Información de Salud Protegida (PHI) de acuerdo con los términos anteriores.

Firma del paciente o la parte responsable

Injury Care Associates

www.injurycareco.com

Divulgación de HIPAA

Me han proporcionado y leído el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA para Injury Care Associates, LLC. Doy mi consentimiento para permitir que mi Información de salud protegida (PHI) y otra información recopilada por Injury Care Associates, LLC se use de acuerdo con el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA que me han proporcionado.

Firma del paciente o la parte responsable

Política de citas

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar un aviso con un mínimo de 24 horas de anticipación en caso de que no pueda asistir a mis citas programadas. Entiendo que se notificará a mi compañía de seguros de Compensación para Trabajadores o Lesiones por Accidente en el caso de citas canceladas, reprogramadas o "que no se presenten" y se le pueden facturar las citas "no-show". Entiendo que no cumplir con el cronograma de tratamiento establecido por mi equipo médico puede aumentar mi tiempo de recuperación e impactar negativamente mi recuperación y el resultado del tratamiento. El incumplimiento del programa de tratamiento recomendado puede dar como resultado el alta o la transferencia de la atención.

Firma del paciente o la parte responsable

Divulgación de información financiera

Entiendo y reconozco que mi cobertura de seguro de Compensación para Trabajadores o Lesiones por Accidentes es un contrato entre mi compañía de seguros, mi empleador o representante legal y yo. Entiendo que seré personalmente responsable de todos los gastos médicos incurridos fuera del sistema de Compensación para Trabajadores o por Accidente y que es mi responsabilidad notificar inmediatamente a Injury Care Associates, LLC de cualquier cambio en el estado de mi reclamo, incluyendo, pero no limitado a: cambios en el seguro, cancelación del acuerdo del pagador, denegación de cobertura o liquidación de reclamos. Es mi responsabilidad notificar a Injury Care Associates, LLC de cualquier cambio en mi información personal que pueda resultar en la negación de reclamos tales como cambios en la dirección, número de teléfono o tratamiento de proveedores. Autorizo a Injury Care Associates, LLC a divulgar toda la información médica en su totalidad a la parte responsable del procesamiento y pago de mis reclamos. Asigno todos los beneficios de los reclamos a Injury Care Associates, LLC. Acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

Firma del paciente o la parte responsable

Consentimiento para Facturar a la Parte Responsable

Acepto permitir que Injury Care Associates, LLC facture a la compañía de seguros, empleador, titular de gravamen o representación legal de mi empleador por los servicios prestados. Autorizo a Injury Care Associates, LLC a divulgar información médica, de facturación, demográfica u otra información a mi compañía de seguros o parte responsable del pago, según sea necesario, para recibir el reembolso por los servicios prestados.

Firma del paciente o la parte responsable

For Office Use Only
Sólo para uso de oficina

We attempted to obtain written acknowledgement of the above listed policies, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual Refused to Sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (specify): _____

Injury Care Associates

www.injurycareco.com

INJURY / ILLNESS REPORT INFORME DE LESIONES / ENFERMEDADES

1. Right Handed/ *Diestro(derecho)* Left Handed/ *Zurdo (izquierdo)* Ambidextrous/ *Ambidextro*

2. Describe your injury or illness/ *Describe su lesión o enfermedad:* _____

3. What makes your pain better/ *¿Que mejora su dolor?*

4. What makes your pain worse/ *¿Que empeora su dolor?*

5. Have you received any treatment for this injury/ *¿Ha recibido algún tratamiento para esta lesión en el pasado?* No Yes
If yes, describe/ *Si es así, describa*

6. For this injury, have you had/ *Para esta lesión, ¿has tenido:*

XRAY/ *radiografía* CT MRI Surgery/ *cirugía*

Ultrasound/ *Ultrasonido* EMG, Nerve Test/ *EMG, Prueba de nervio*

7. Rate the severity of your pain by circling a number 0 – 10 on the scale below:

Califique la severidad de su dolor circulando del numero 0-10 en las escala a continuacion:

No Pain / Sin Dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Worst Pain / Peor Dolor**

ALLERGIES TO MEDICATIONS ALERGIAS A MEDICAMENTOS

List all **known or suspected** allergies to medication, food or environment:
Enumere todas las alergias conocidas o sospechadas a medicamentos, alimentos o medioambiente:

No Known Drug Allergies (*Ninguna alergia conocida a medicamentos*)

Allergies or Sensitivities. Please list (*Alergias o sensibilidades. Por favor indique*)

Injury Care Associates

www.injurycareco.com

CURRENT MEDICATIONS

MEDICAMENTOS ACTUALES

List any medications that you are currently taking, include vitamins and supplements:

Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente, incluya vitaminas y suplementos:

None (*Nada*)

Name (*Nombre*)

Dose & Directions (*Dosis e indicaciones*)

Reason (*Razón*)

SURGICAL AND HOSPITALIZATION HISTORY

HISTORIAL QUIRÚRGICO (CIRUJIAS) Y DE HOSPITALIZACIÓN

List any surgeries or hospitalizations you have had, include the year and reason:

Haga una lista de las cirugías u hospitalizaciones que haya tenido, incluya el año y la razón

None (*Ninguna*)

PAST MEDICAL HISTORY

HISTORIAL MÉDICO

List any medical conditions, illness or disease that you have ever been diagnosed with?

Indique cualquier condición médica o enfermedad con la que alguna vez haya sido diagnosticado?

None (*Ninguna*)

FAMILY HISTORY

HISTORIA DE FAMILIA

List any significant family medical history we may need to be aware of

Indique cualquier historia médica familiar importante de la que necesitemos estar informados

None (*Ninguna*)

- Diabetes Heart Problems/ *Problemas Cardiacos* Blood Clots/ *Coágulos de sangre*
 Blood Pressure/ *Presión Sanguínea* Addiction/ *Adicción* Early death/ *Muerte temprana*
 Cancer, Type/ *Cáncer, Tipo*: _____

Other/ *Otro*: _____

Injury Care Associates

www.injurycareco.com

SOCIAL HISTORY

HISTORIA SOCIAL

1. Highest level of education completed/ *Mayor Nivel de Educación Completado* :

High School or GED/ *Bachillerato (preparatoria) o GED* College/ *Universidad* Advanced Degree/ *grado avanzado*

2. Marital Status/ *Estado civil*: Married/ *Casado* Single/ *Soltero* Widowed/ *Viudo*

3. Have you used, or do you currently use and of the following substances/ *¿Ha usado o usa actualmente y de las siguientes sustancias?*

Caffeine/ *Cafeína*: No Yes

Tobacco/ *Tabaco*: No Yes, packs per day/ *paquetes por día* _____

Alcohol: No Yes, number of drinks per week/ *número de bebidas por semana* _____

Marijuana: No Yes

Frequency/ *Frecuencia?* Daily/ *diariamente* Weekly/ *semanal* Occasionally/ *Ocasional*

WORK HISTORY (IF INJURY IS WORK RELATED)

HISTORIAL DE TRABAJO (SI LA LESIÓN ESTÁ RELACIONADA CON EL TRABAJO)

1. Are you currently working/ *¿Esta trabajando actualmente?* No Yes. If yes/ *Si es sí,*

Full-time/ *Tiempo completo* Part-time/ *Medio tiempo* As Needed/ *Segun sea necesario*

2. Occupation/ *Ocupación*: _____ Years/ *Años*: _____

3. Name of Employer/ *Nombre de empleador*: _____ How Long/ *Cuanto tiempo*: _____

4. Are you employed anywhere else/ *Está empleado en otro lado?* No Yes. Where/ *Donde*: _____

5. Do you operate machinery or power tools/ *Maneja maquinaria o herramientas electricas?* No Yes

6. Have you ever suffered a work-related injury/ *alguna vez sufrio una lesion relacionada con el trabajo?* No Yes

If yes, please explain/ *En caso afirmativo, expliquielo porfavor*: _____

7. Have you ever had an Impairment Rating/ *alguna vez ha tenio una calificación de impedimento?* No Yes

If yes, what is the rating/ *En caso afirmativo, cual es la calificación?* _____

8. Do you have any Permanent Restrictions/ *tiene alguna restricción permanente?* No Yes. If yes, list/ *Si sí, indique*: _____

REVIEW OF SYSTEMS
REVISIÓN DE SISTEMAS

Are you currently experiencing any of the following?

¿Estás experimentando alguna de las siguientes situaciones?

- 1. Change in appetite, chills, fatigue, fever, sweats, unexplained weight loss or gain No Yes
Cambio en el apetito, escalofríos, fatiga, fiebre, sudores, pérdida o pérdida de peso inexplicable
- 2. Blurred or double vision, use of contact lenses, eye discharge or eye pain No Yes
Visión borrosa o doble, uso de lentes de contacto, secreción ocular o dolor ocular
- 3. Dizziness, ear pain, nasal congestion, nose discharge, sneezing or sore throat No Yes
Mareos, dolor de oídos, congestión nasal, secreción nasal, estornudos o dolor de garganta
- 4. Chest pain or pressure, fainting or irregular heart beat No Yes
Dolor o presión en el pecho, desmayo o latido irregular del corazón
- 5. Congestion, cough, shortness of breath or wheezing No Yes
Congestión, tos, dificultad para respirar o sibilancias
- 6. Abdominal pain, diarrhea, nausea, urinary or bowel changes or vomiting No Yes
Dolor abdominal, diarrea, náuseas, cambios urinarios o intestinales o vómitos
- 7. Discharge, frequent urination, night time urination or painful urination No Yes
Secreción, micción frecuente, micción nocturna o dolor al orinar
- 8. Joint pain, muscle pain or swelling No Yes
Dolor en las articulaciones, dolor muscular o hinchazón
- 9. Easy bruising, rash, redness or skin sores No Yes
Aparición fácil de hematomas, sarpullido, enrojecimiento o llagas en la piel
- 10. Headache, light headedness, numbness No Yes
Dolor de cabeza, mareo, entumecimiento
- 11. History of depression, on psychiatric medication alcoholism or drug abuse No Yes
Historia de depresión, sobre medicamento psiquiátrico, alcoholismo o abuso de drogas
- 12. Diabetes, hyper or hypothyroid, heat or cold intolerance No Yes
Diabetes, hiper o hipotiroidismo, intolerancia al calor o al frío
- 13. Frequent infections or swollen glands No Yes
Infecciones frecuentes o glándulas hinchadas
- 14. Hay fever, medication allergies or food allergies No Yes
Fiebre del heno, alergias a los medicamentos o alergias a los alimentos

Please explain any "yes" responses/ Por favor explique cualquier respuesta "sí":

All information provided is accurate and up-to-date to the best of my knowledge

Toda la información es precisa y actualizada según mi leal saber y entender.

Patient or responsible party signature/ firma del paciente o responsable

Date/ Fecha