

PAIN MEDICINE CENTER

F. JAVIER RUIZ, MD
3659 S Miami Avenue, Suite 5008
Miami, FL 33133
PHONE 305-285-9432
FAX 305-285 9004

APELLIDO: _____ DIRECCION: _____
NOMBRE: _____ CIUDAD: _____
INCIAL DEL MEDIO: _____ ZIP CODE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELEFONO #1: _____
CIUDAD DE NACIMIENTO: _____ TELEFONO #2: _____
ESTADO CIVIL: _____ SEX: _____ EDAD: _____
LUGAR DE EMPLEO: _____ No DE TELEFONO: _____
REFERIDO POR: _____ MEDICO PRIMARIO: _____
E-MAIL: _____

INFORMACION SOBRE SU SEGURO

COMPANIA: _____ 2ND COMPANIA: _____
POLIZA: _____ POLIZA: _____
No DE GRUPO: _____ TELEFONO: _____

AUTORIZACION AL MEDICO

BENEFICIOS: El que suscribe autoriza los pagos directamente al medico o medicos de los beneficios que se me deben de mi compañía de seguro o de otro modo de pago a mi.

CONSENTIMIENTO: Yo autorizo la confesion de cualquier informacion medica que se requiera responsable de mi seguro, una copia autorizada puede ser usada en lugar de la original.

MEDICARE

Yo autorizo que se facilite cualquier informacion sobre mi persona al **Seguro Social, Social Security Administration and Health Care Financing Administration** o a sus intermediarios, cualquier informacion que se necesite para este caso o otro cualquier relacionado con el medicare. Yo pido que se me paguen los beneficios del seguro medico a mi o a las partes que aceptaron esta authorization. Entiendo que soy responsable por cargos no cubiertos por esta autorizacion.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

How many blocks are you able to walk without pain?
Cuántas cuadras usted puede caminar sin dolor?

0 1 2 3 4 5
0 1 2 3 4 5

-3-

Do you have pain when you

Lie down
Sitting down

YES NO
YES NO

Tiene dolor cuando esta

Acostado
Sentado

SI NO
SI NO

How do you get relief? _____

Como obtiene alivio de su dolor? _____

Are you depressed?

Esta usted deprimido

YES NO
SI NO

Do you feel Weakness?

YES NO
Where? _____

Siente usted debilidad?

SI NO
Donde? _____

Do you fell numbness?

YES NO
Where? _____

Siente usted Adormecimiento?

SI NO
Donde? _____

Recent urinary problems?

YES NO

Problemas urinarios reciente?

SI NO

Constipation?

YES NO

Estrenimiento?

SI NO

Do you currently have or have you ever had one of the following health problems?

Padece usted ahora o ha padecido de algunos de estos problemas de salud?

Epilepsy, Seizures	YES	NO
Epilepsia Covulsiones	SI	NO
Bronchitis, other lung disease	YES	NO
Problemas con los pulmones	SI	NO
Thyroid Disease	YES	NO
Enfermedad de las Tiroides	SI	NO
Liver disease, Hepatitis	YES	NO
Enfermedad del Hgado	SI	NO
Psychiatric Disorder	YES	NO
Enfermedad de los Nervios	SI	NO
Tuberculosis	YES	NO
Tuberculosis	SI	NO
Heart Disease	YES	NO
Enfermedad del Corazon	SI	NO
High blood pressure	YES	NO
Presion Alta	SI	NO
Kidney Disease	YES	NO
Enfermedad del rinon	SI	NO
Bladder Problems	YES	NO
Enfermedad de la vejiga urinaria	SI	NO

Discharge from urethra, penis Flujo de la uretra o pene	YES SI	NO NO
Bowel Problems Problemas Intestinales	YES SI	NO NO
Hearing Problems Problemas visuales	YES SI	NO NO
Stroke Embolia Cerebral	YES SI	NO NO
Diabetes Diabetes	YES YES	NO NO
Ulcers, other stomach problems Ulceras o otros problemas de estomago	YES SI	NO NO
Joint Disease, Arthritis Problemas de Arthritis	YES SI	NO NO
Drug Allergies Alergias a Medicinas	YES SI	NO NO

List of medicines that you are taking that are **NO FOR PAIN.**
Lista de las medicinas que no son para el dolor. **NO PARA EL DOLOR**

List of Surgeries.
Mencione las Cirugias que ha tenido.

Do you smoke?	YES	NO
Usted fuma?	SI	NO
Do you drink Alcohol?	YES	NO
Usted toma Alcohol?	SI	NO
If you drink alcohol, do you drink to relieve pain?	YES	NO
Usted toma alcohol para aliviar su dolor?	SI	NO