

KIM WELLNESS ACUPUNCTURE, LLC
FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Numero de seguro social: _____
Fecha de nacimiento: mes _____ día _____ año _____ Edad: _____ Sexo: M / F Estado Civil: Soltero(a)/ Casado(a)/ Viudo(a)/Divorciado(a)
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: Casa: (_____) _____ Celular/Trabajo: (_____) _____ Ocupación: _____
Nombre y Dirección del Empleador: _____
Contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: (_____) _____

SEGURO PRINCIPAL

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Fecha del Accidente: _____
ID # / Policy #: _____ Claim #: _____
Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____
Numero de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: (_____) _____

SEGURO SUPLEMENTARIO

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Nombre del plan: _____
ID # / Policy #: _____ Claim #: _____
Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____
Numero de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: (_____) _____

FOR OFFICE USE ONLY

Copay: _____ Pre-Authorization needed: No / Yes (if yes, Orthonet / Procedure: _____)
Referral Needed: No / Yes Maximum # PT Visits: _____ (so far used: _____) After Max Visits: _____
Deductible/Coinsurance.: _____ /yr (so far used: _____) Note: _____

AUTORIZACIÓN Y FIRMA

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR OR DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por este medio asigno todos los beneficios médicos de _____ directamente a Kim Wellness *Acupuncture Care* para
Nombre de la Compañía de Seguros
el pago de servicios llevados a cabo. Entiendo claramente que en el evento de que mi compañía de Seguros no pague por los servicios que haya recibido,
yo seré responsable financieramente del pago. Autorizo la liberación de mi firma y los archivos médicos necesarios para procesar mis reclamos médicos.
Esta válida hasta el fin de mi plan de tratamiento termina o por un año a partir de la fecha la firma.

AUTORIZACIÓN MEDICARE/MEDIGAP

Solicito que el pago del beneficio autorizado de Medicare y, si corresponde, beneficios de Medigap sea hecho para mí o a Kim Wellness Acupuncture Care
de parte de mí de cualquier servicios administrado a mí por Shinbi Acupuncture Care. Hacia cierto punto permitido por la ley, autorizo la divulgación a
cualquier titular de medico u otra información de mí al Centro de Servicios de Medicare and Medicaid, mi asegurador de Medigap, y otros agents de
información necesaria para determinar beneficios o beneficios relacionado a servicios dado.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____ Relación al paciente: _____

KIM WELLNESS ACUPUNCTURE, LLC
INFORMACIÓN MEDICA DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

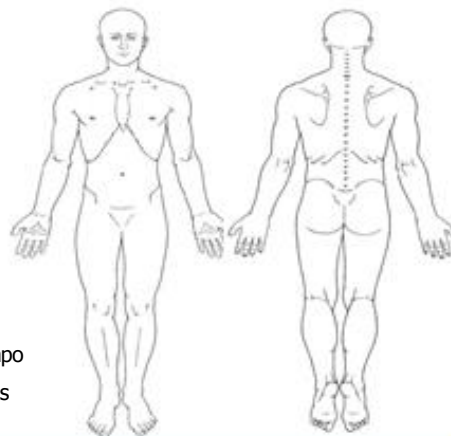
CHIEF COMPLAINT(S)/INJURY DESCRIPTION

- Motivo(s) de consulta: _____
- Fecha de ocurrido: cuando ocurrió la(s) síntoma(s)? _____ • Ha tenido esta(s) síntoma(s) anteriormente? No Sí: cuando? _____
- Es una herida? No Sí: Fecha del accidente/herida: ____/____/____ Tiempo: ____:____(AM/PM) Lugar: _____
 Carácter de la herida: Accidente automovilístico Herida en el trabajo Otro • Descripción: _____
 Si accidente automovilístico, Ud. era Conductor/ Pasajero/ Peatón y chocado por Detrás/ Lado derecha/ Lado izquierda/ Frente/ Otro
 Nombre del abogado: _____ Teléfono: (____) _____
- Está trabajando? N/A Sí No: Si no, último día trabajo: _____ Si puede trabajar, tiene limitaciones? _____
- Ha tenido cirugía para esta herida? No Sí: Tipo de cirugía: _____ Fecha de cirugía: _____
- Tratamientos medicos relacionado con condición/herida actual (indique la casilla que corresponde y escriba la fecha del tratamiento)
 X-ray _____ Doctor primario _____ Dr. Ortopédico _____ Neurólogo _____
 MRI _____ Quiropráctico _____ Terapia física _____ Otro: _____
- Ha recibido tratamientos de acupuntura este año? Nunca 1-5 visitas 6-10 visitas 11-15 visitas 16-20 visitas > 21 visitas

PAIN HISTORY/DESCRIPTION

- Circule el número dentro de la escala de dolor que represente su nivel del dolor
- | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|------------|---|----------|---|--------|---|---|---|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No hay dolor | | Dolor leve | | Moderado | | Severo | | | | El dolor mas fuerte |

- Marque las areas de dolor



- Descripción de dolor (marque lo que corresponda): Agudo Punzante Dolor sordo
 Dolorido Quemazón Adormecimiento/Calambres Espasmo/Entumecido Difundir
- Qué lo mejora? Actividad: _____ Tiempo del día: _____
- Qué lo empeora? Actividad: _____ Tiempo del día: _____

Marque las actividades que tiene dificultad:

- Jalar Empujar Levantar Inclinar hacia adelante/atrás Agachar Sentarse por mucho tiempo
- Ponerse de pie Estar de pie por mucho tiempo Caminar Subir escalera Correr Deportes
- Vestirse Irse al baño Bañarse Subir/bajar del auto Actividad sexual Ir de compras

HISTORIA MEDICA / MEDICAMENTOS

- Tiene usted o alguna vez ha recibido tratamientos para: (circule alrededor de lo que aplique)
- | | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Endometriosis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Enfermedad pélvica inflamatoria |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Infección vaginal |
| <input type="checkbox"/> Asma/Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata | <input type="checkbox"/> Implantación metálica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Reemplazo de conjunta: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer: _____ | <input type="checkbox"/> Alto Colesterol | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Cirugía del cuello/espalda |
| <input type="checkbox"/> Catarata/Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón: _____ | <input type="checkbox"/> Problemas del tiroides | <input type="checkbox"/> Cirugía del hombro/brazo/mano |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica/Angina | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado: _____ | <input type="checkbox"/> Ulceras: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla/tobillo/pie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migraña/Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Incontinente(Urinario/Heces) | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón: _____ |
| <input type="checkbox"/> Emfisema/EPOC (COPD) | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Complicaciones con embarazo | <input type="checkbox"/> Otras cirugías: _____ |
- Enliste Medicamentos/Drogas/Complementos/Hierbas que usted toma: _____