Precision Injury Care

555 Old Norcross Rd Suite 210, Lawrenceville GA 30046
2300 Camp Creek Pkwy Suite 200, Atlanta GA 30037
997 Commerce Dr. Suite 1A Conyers, GA 30094
Teléfono: 678-666-4088 Fax: 678-666-4033

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NUEVO PACIENTE

Por favor complete todas las secciones detalladamente. Toda la información es confidencial.

SECCIÓN A — DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre		**Apellido**		**Fecha**	
Fecha de Nacimiento		**Edad**		**Sexo**	☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección				**Ciudad**	
Estado		**Código Postal**		**Correo Electrónico**	
Teléfono de Casa		**Teléfono Celular**		**Contacto Preferido**	☐ Teléfono ☐ Texto ☐ Correo
Contacto de Emergencia		**Parentesco**		**Teléfono**	
¿Está empleado(a)?	☐ Sí ☐ No	**¿Puede trabajar?**	☐ Sí ☐ No	**Días sin trabajar desde el accidente**	
¿Tiene abogado?	☐ Sí ☐ No	**Nombre del Bufete**		**Teléfono**	

SECCIÓN B — INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene seguro médico?	☐ Sí ☐ No *Si es sí, indique el nombre y el nº de póliza*	**Nombre del Seguro**		**Número de Póliza**	
Seguro de Auto		**Número de Reclamo**		**Límite de MedPay** (si aplica)	
Nombre del Ajustador (si aplica)					

SECCIÓN C — INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE / INCIDENTE

Fecha del Accidente		**¿Llamó a la policía?**	☐ Sí ☐ No		
Tipo	☐ Auto ☐ Motocicleta ☐ Peatón ☐ Resbalón/Caída ☐ Lugar de Trabajo ☐ Otro: _____				
Posición	☐ Conductor ☐ Pasajero Delantero ☐ Pasajero Trasero ☐ Peatón ☐ Otro: _____				
¿Se activó la bolsa de aire?	☐ Sí ☐ No	**¿Llamaron a EMS (ambulancia)?**	☐ Sí ☐ No	**¿Fue al hospital?**	☐ Sí ☐ No
¿A qué hospital fue?		**¿Le hicieron MRI / CT?**	☐ Sí ☐ No		
Descripción del Accidente					

SECCIÓN D — TRATAMIENTO POR ESTA LESIÓN

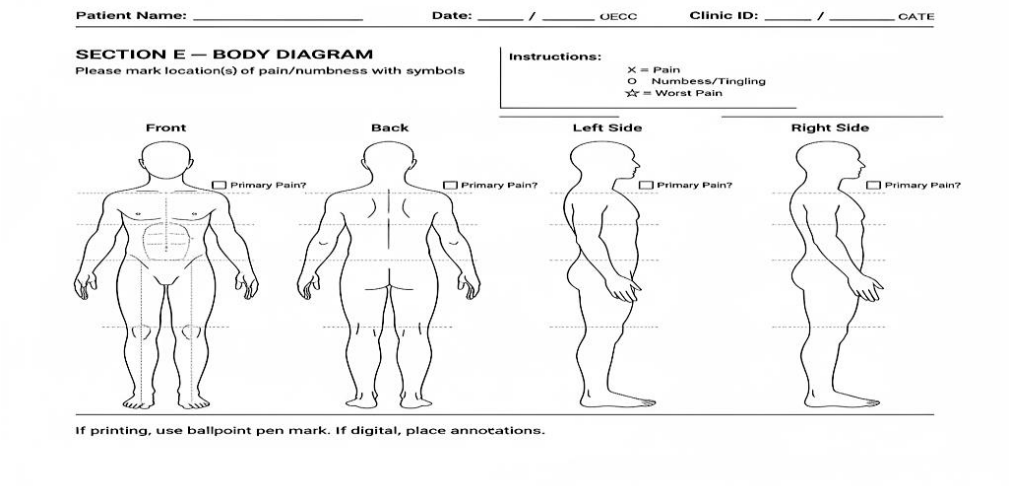
¿Atención inmediata después del accidente?	☐ Sí ☐ No	**Centro / Tipo**		**Fecha(s)**	
¿Tratado(a) en otro lugar por la misma lesión?	☐ Sí ☐ No	**Dónde / Cuándo**			
Tratamientos Recibidos	☐ Terapia Física ☐ Quiropráctica ☐ Inyección ☐ Medicamentos Recetados ☐ Otro: _____				

SECCIÓN E — SÍNTOMAS Y DOLOR ACTUALES

Síntomas (marque todos)	☐ Cuello ☐ Espalda Alta ☐ Espalda Media ☐ Espalda Baja ☐ Hombro ☐ Brazo/Mano ☐ Cadera/Pierna ☐ Tobillo/Pie ☐ Dolor de Cabeza ☐ Entumecimiento/Hormigueo ☐ Mareos ☐ Dolor de Pecho/Abdomen ☐ Otro: _____
¿Cuándo comenzó su problema? (Explique)	
Escala de Dolor (0–10)	Cuello: ___ Espalda Media: ___ Espalda Baja: ___ Hombro Der.: ___ Hombro Izq.: ___ Brazo/Pierna Der.: ___ Brazo/Pierna Izq.: ___ Dolor de Cabeza: ___ Otro: _____
Impacto Funcional	☐ No Puede Trabajar ☐ Dificultad para Conducir ☐ Problemas para Dormir ☐ Movilidad Limitada ☐ Limitación en Actividades Diarias ☐ Otro: _____

SECCIÓN F — DIAGRAMA CORPORAL

Numere los síntomas del 1 al 10 (1 = más severo). Marque: X = Dolor O = Entumecimiento / = Debilidad ★ = Área Más Afectada



Front = Frente · Back = Espalda · Left Side = Lado Izquierdo · Right Side = Lado Derecho · Primary Pain = Dolor Principal

SECCIÓN G — HISTORIAL MÉDICO Y MEDICAMENTOS

Estatura		**Peso**	
¿Tiene un Médico de Atención Primaria?	☐ Sí ☐ No	**Si es sí, ¿quién es su Médico de Atención Primaria?**	Nombre _____ Teléfono _____ Dirección _____
Cirugías Mayores			

Medicamentos Actuales:

1	**Nombre del Medicamento**		**Dosis**		**Frecuencia/ día**		**Recetado Por**	
2	**Nombre del Medicamento**		**Dosis**		**Frecuencia/ día**		**Recetado Por**	
3	**Nombre del Medicamento**		**Dosis**		**Frecuencia/ día**		**Recetado Por**	
4	**Nombre del Medicamento**		**Dosis**		**Frecuencia/ día**		**Recetado Por**	
5	**Nombre del Medicamento**		**Dosis**		**Frecuencia/ día**		**Recetado Por**	

Medicamentos de Venta Libre (OTC) que Toma Actualmente:

Alergias (Medicamentos, Alimentos, Ambientales):

Historial Médico — Marque todo lo que aplique:

☐ SIDA	☐ Alcoholismo	☐ Alergias	☐ Anemia
☐ Apendicitis	☐ Artritis	☐ Asma	☐ Trastornos de Sangrado
☐ Bronquitis	☐ Cáncer	☐ Dolor de Pecho	☐ Enfermedad Cardíaca
☐ Diabetes	☐ Epilepsia	☐ Trastornos Alimenticios	☐ Fracturas
☐ Hepatitis	☐ Hernia Discal	☐ Herpes	☐ Colesterol Alto
☐ Enfermedad Renal	☐ Enfermedad Hepática	☐ Enfermedad Pulmonar	☐ Sarampión
☐ Migrañas	☐ Aborto Espontáneo	☐ Osteoporosis	☐ Marcapasos
☐ Enfermedad de Parkinson	☐ Nervio Pinzado	☐ Neumonía	☐ Polio
☐ Problemas de Próstata	☐ Atención Psiquiátrica	☐ Artritis Reumatoide	☐ Derrame Cerebral
☐ ETS	☐ Intento de Suicidio	☐ Problemas de Tiroides	☐ Tuberculosis
☐ Tumores/Crecimientos	☐ Fiebre Tifoidea	☐ Úlceras	☐ Otro: _____

SECCIÓN H — CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Certifico que la información anterior ha sido respondida con exactitud y según mi mejor conocimiento. Autorizo la divulgación de la información necesaria para el tratamiento y/o las reclamaciones de seguro, así como la cesión de beneficios.

Firma del Paciente / Tutor		**Fecha**	
Firma del Testigo		**Fecha**	
Nombre en Letra de Molde (si no es el paciente)		**Parentesco**	

Precision Injury Care

555 Old Norcross Rd Suite 210, Lawrenceville GA 30046
2300 Camp Creek Pkwy Suite 200, Atlanta GA 30037
997 Commerce Dr. Suite 1A Conyers, GA 30094
Phone: 678-666-4088 Fax: 678-666-4033

Medical Records Request

Date: _____

To: _____

_____ hereby requests that my complete medical records be released to Precision Injury Care.

> I understand that this authorization allows the release of all information in my medical records to include lab test results, x-rays, and any surgery information. This authorization allows such records to be mailed or faxed. I understand that I may revoke this consent at any time. This consent will automatically expire without my expressed revocation **90 days** from the date on this form.

Patient Name: _____

Patient Address: _____

Patient DOB: _____

Patient / Guardian Signature: _____

Mailing Address
2133 Hwy 317 #12-345 | Suwanee, GA 30024

Precision Injury Care: Lawrenceville/Camp Creek/Conyers, GA
Cuestionario de Síntomas Posconmoción de Rivermead

Nombre: Fecha de la Lesión: Fecha:

Después de una lesión en la cabeza o un accidente, algunas personas experimentan síntomas que pueden causar preocupación o molestia. Nos gustaría saber si usted sufre actualmente alguno de los síntomas que se indican a continuación. Debido a que muchos de estos síntomas ocurren normalmente, nos gustaría que se compare ahora con cómo estaba antes del accidente. Para cada síntoma de la lista, por favor encierre en un círculo el número que mejor represente su respuesta.

0 = no lo he experimentado en absoluto
1 = no es más problema que antes
2 = un problema leve
3 = un problema moderado
4 = un problema severo

En comparación con antes del accidente, ¿sufre usted **ahora** (es decir, en las últimas 24 horas) de:

	No lo he experimentado	**No más que antes**	**Problema leve**	**Problema moderado**	**Problema severo**
Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
Sensación de mareo	0	1	2	3	4
Náuseas y/o vómitos	0	1	2	3	4
Alteraciones del sueño	0	1	2	3	4
Fatiga, se cansa con más facilidad	0	1	2	3	4
Irritabilidad, se enoja fácilmente	0	1	2	3	4
Se siente deprimido(a) o con ganas de llorar	0	1	2	3	4
Se siente frustrado(a) o impaciente	0	1	2	3	4
Olvidos, mala memoria	0	1	2	3	4
Mala concentración	0	1	2	3	4
Tarda más en pensar	0	1	2	3	4
Visión borrosa	0	1	2	3	4
Sensibilidad a la luz (le molesta la luz brillante)	0	1	2	3	4
Visión doble	0	1	2	3	4
Inquietud	0	1	2	3	4

¿Tiene alguna otra dificultad? Por favor especifique y califique como arriba.

1.	0	1	2	3	4
2.	0	1	2	3	4

Solo para uso administrativo:

RPQ-3 *(total de los primeros tres puntos)*
RPQ-13 *(total de los siguientes 13 puntos)*

Precision Injury Care

AUTORIZACIONES Y DIVULGACIONES / POLÍTICA FINANCIERA / GRAVAMEN POR SERVICIOS MÉDICOS

Paciente _____ Fecha de la Pérdida/Lesión _____ Abogado _____

Iniciales **Consentimiento para Tratamiento**

Yo, el/la abajo firmante, por medio de la presente autorizo a los médicos de Precision Injury Care y a quienes ellos designen como su(s) asistente(s), a realizar evaluaciones y pruebas diagnósticas, y a administrar el tratamiento que sea necesario. También certifico que no se me ha dado ninguna garantía ni seguridad en cuanto a los resultados que puedan derivarse de este tratamiento.

Iniciales **Consentimiento para Tratamiento de un Menor**

Yo, el/la abajo firmante, por medio de la presente autorizo a los médicos de Precision Injury Care y a quienes ellos designen como su(s) asistente(s), a realizar evaluaciones y pruebas diagnósticas, y a administrar el tratamiento que sea necesario a mi hijo(a) (Nombre del Menor) _____, de quien soy tutor(a) legal.

Iniciales **Certificación, Autorización y Divulgación de Acuerdo con HIPAA**

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamación(es) de seguro y certifico además que toda la información del seguro y del accidente que he proporcionado a Precision Injury Care es correcta y completa. Entiendo que mi información médica relacionada con este caso de lesiones personales puede ser compartida para gestionar y agilizar mi tratamiento médico. Autorizo a mi(s) médico(s) tratante(s) y a Precision Injury Care a obtener, divulgar y revelar información sobre mi tratamiento médico únicamente a las compañías, personas y demás partes necesarias involucradas en mi caso.

Iniciales **Solicitud de Pago de Beneficios al Proveedor de Atención**

Por medio de la presente autorizo a mi compañía de seguros/administrador de seguros a pagar mediante cheque, enviado directamente a Precision Injury Care, cualquier beneficio permitido y que de otro modo me sea pagadero bajo mi póliza vigente, como pago de los cargos totales por los servicios profesionales prestados. Entiendo que Precision Injury Care es un proveedor médico separado e independiente, y que mi abogado y/o compañía de seguros recibirán facturas y estados de cuenta por separado por los servicios prestados por los médicos de Precision Injury Care o su(s) asistente(s).

Iniciales **Representación del Abogado y Protección del Saldo**

Autorizo e instruyo a mi abogado, _____, a pagar directamente a Precision Injury Care por los servicios prestados a mí y/o a mis hijos, y a retener dichas sumas de mi parte de cualquier acuerdo, reclamación, sentencia o veredicto del jurado. Entiendo plenamente que soy responsable de todas las facturas médicas y que este acuerdo se hace en consideración a que Precision Injury Care acepta renunciar al pago inmediato, por mi parte, de dichos servicios médicos en el momento en que fueron prestados. Entiendo además que dicho pago no depende de ningún acuerdo, sentencia o veredicto por medio del cual yo pueda eventualmente recuperar dicho monto.

Iniciales **Política de Pago**

Precision Injury Care espera recibir el pago por el primer medio disponible, ya sea seguro médico, sus Pagos Médicos de Auto (MedPay) o el acuerdo de su caso. Es política de Precision Injury Care presentar reclamaciones a todos los seguros aplicables disponibles para un paciente lesionado en un accidente, incluyendo:

Seguro Médico: Se debe presentar comprobante de seguro para que podamos presentar reclamaciones a su compañía de seguros. Por favor entienda que los beneficios de las pólizas de seguro médico varían. Las compañías de seguros pagan según los límites de su póliza individual. Los beneficios son un asunto entre usted y su aseguradora. Cualquier discrepancia con la cobertura de sus beneficios debe ser resuelta entre usted y su proveedor de seguros. Cualquier parte de sus facturas médicas que no esté cubierta por su seguro se incluirá en el estado de cuenta enviado a su abogado y se pagará una vez que su caso se resuelva.

Seguro de Auto: Precision Injury Care no presenta reclamaciones contra el seguro de terceros. Si hay MED PAY en su póliza o en la póliza del vehículo en el que usted era pasajero, Precision Injury Care presentará la reclamación a esa aseguradora. Si hay beneficios médicos disponibles, puede haber un monto máximo de cobertura permitido, el cual podría no cubrir todos los cargos en su totalidad. Cualquier parte de sus facturas médicas que no esté cubierta por su seguro médico o por Med Pay se incluirá en el estado de cuenta enviado a su abogado y se pagará una vez que su caso se resuelva.

Entiendo, acepto y cumpliré con todo lo anterior. Cooperaré en el procesamiento de esta reclamación por accidente. Entiendo y reconozco plenamente que soy responsable de todos los cargos médicos en los que incurra por los servicios prestados por Precision Injury Care.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
NOMBRE DEL ABOGADO	FIRMA DEL ABOGADO	FECHA

TESTIGO _____

Precision Injury Care

555 Old Norcross Rd Suite 210, Lawrenceville GA 30046
2300 Camp Creek Pkwy Suite 200, Atlanta GA 30037
997 Commerce Dr. Suite 1A Conyers, GA 30094
Teléfono: 678-666-4088 Fax: 678-666-4033