

PATIENT INFORMATION

MEDICARE MEDICAL COMP AUTO INS REG

SPECIFIC PROBLEM _____ DATE _____

NAME _____ HOME PHONE _____

ADDRESS _____ ZIP CODE _____

Age _____ Birth Date _____ Marital: M S W D HOW MANY CHILDREN _____

Occupation _____ Employer _____

Address _____ Office Phone _____

Name of Wife or Husband or nearest relative and address _____ Occupation _____

Employer _____ Office Phone _____

REFERRED BY _____

Other Doctors Seen For This Condition _____

INSURANCE COMPANIES INVOLVED: _____

MY COMPANY _____

Company of Person Responsible For Injuries _____

PAYMENT IS EXPECTED AT TIME OF VISIT!

Name of Person Responsible for Payment _____

ARE YOU INSURED? YES NO **COMPANY** _____

Date of Accident: _____ HOUR _____ AM _____ PM LOCATION _____

How Did Accident Occur If Not In Automobile? _____

If Auto Collision, Were You Struck From Behind Right Side Left Side Front

Have you Had Similar Accidents or Injuries Before? _____

What Operations Have You Had? _____ When? _____

Unusual Diseases? _____ When _____ Serious Illnesses? _____ When? _____

Date of Last Physical Examination? _____

Do You Have An Attorney That Has Advised You In This Case? YES NO

Name _____ Address _____ Telephone _____

Have You Lost Any Days of Work? _____ Dates: _____

Have You Been Treated For Any Health Condition By A Physician In the Last Year? YES NO

Describe _____

CHECK SYMPTOMS YOU HAVE NOTICED SINCE ACCIDENT OR ILLNESS:

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Dizziness | <input type="checkbox"/> Lights Bother Eyes | <input type="checkbox"/> Diarrhea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Neck Pain | <input type="checkbox"/> Head Seems Too Heavy | <input type="checkbox"/> Loss of Memory | <input type="checkbox"/> Feet Cold | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Neck Stiff | <input type="checkbox"/> Pins & Needles in Arms | <input type="checkbox"/> Ears Ring | <input type="checkbox"/> Hands Cold | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Sleeping Problems | <input type="checkbox"/> Pins & Needles in Legs | <input type="checkbox"/> Face Flushed | <input type="checkbox"/> Stomach Upset | <input type="checkbox"/> Neuritis |
| <input type="checkbox"/> Back Pain | <input type="checkbox"/> Numbness in Fingers | <input type="checkbox"/> Buzzing in Ears | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Digestive Disorders |
| <input type="checkbox"/> Nervousness | <input type="checkbox"/> Numbness in Toes | <input type="checkbox"/> Loss of Balance | <input type="checkbox"/> Cold Sweats | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble |
| <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath | <input type="checkbox"/> Fainting | <input type="checkbox"/> Fever | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Irritability | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Loss of Smell | <input type="checkbox"/> Heart Trouble | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Loss of Taste | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cancer |

Other Symptoms and Remarks and Additional Information _____

What Medications or Drugs Are You Taking? _____

Purpose of this Appointment? _____

I understand and agree that health and accident insurance policies are an arrangement between an insurance carrier and myself. I clearly understand and agree that all services rendered me are charged directly to me and that I am personally responsible for payment. I also understand that if I suspend or terminate my care and treatment, any fees for professional services rendered me will immediately be due and payable.

Patient's Signature _____ S.S. No. _____ Date: _____

Guardian or Spouse's Signature Authorizing Care: _____ Information taken by _____ Date: _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

MEDICARE MEDICAL COMPENSACION AUTOMOVIL SEGUROS REG

PROBLEMA ESPECIFICO _____ FECHA _____

NOMBRE _____ TELEFONO _____

DIRECCION _____ ZIP _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ (C) Casado (S) Soltero (V) Viudo (D) Divorciado Número de Hijos _____

Ocupación _____ Empleado por _____

Dirección de Empleo _____ Teléfono de Empleo _____

Nombre de Marido, Esposa o Pariente más cercano y su dirección _____

Ocupación _____ Empleado por _____ Teléfono de Empleo _____

RECOMENDADO POR _____

Otros médicos consultados a causa de esta condición _____

Compañías de seguros involucradas _____

MI COMPANIA DE SEGUROS ES: _____

Compañía responsable por los daños _____

¡EL PAGO SE REQUIERE A LA HORA DE VISITA!

Nombre de la persona responsable del pago _____

ESTA USTED ASEGURADO? SI NO COMPANIA _____

Fecha del accidente _____ HORA _____ AM _____ PM LUGAR DONDE OCURRIO _____

¿Cómo ocurrió el accidente si no fué automovilístico? _____

Si fué un choque automovilístico, usted fué golpeado Por atrás Lado derecho Lado izquierdo Por el frente

¿Ha tenido usted accidentes o daños similares anteriormente? _____

¿Cuales operaciones ha tenido usted? _____ ¿Cuándo? _____

¿Enfermedades graves? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Enfermedades anormales? _____

¿Cuándo? _____

¿Fecha de su último examen físico? _____

¿Tiene usted un abogado que esté aconsejándole en este caso? SI NO

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

¿Ha perdido usted días de trabajo? _____ Fechas _____

¿Ha tenido usted tratamiento médico por algún malestar físico durante el último año? SI NO

Explique por favor _____

Ponga una X en los cuadritos correspondientes a los síntomas que haya tenido usted desde el accidente o enfermedad:

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Le molesta la luz en los ojos | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Pesadez en la cabeza | <input type="checkbox"/> Peridida de memoria | <input type="checkbox"/> Pies frios | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Cuello tieso | <input type="checkbox"/> Hormigueo en los brazos | <input type="checkbox"/> Le zumban los oídos | <input type="checkbox"/> Manos frias | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Hormigueo en las piernas | <input type="checkbox"/> Cara enrojecida | <input type="checkbox"/> Estomago revuelto | <input type="checkbox"/> Neuritis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Adormecimiento en los dedos de las manos | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Malestares digestivos |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Adormecimiento en los dedos de los pies | <input type="checkbox"/> Perdida de equilibrio | <input type="checkbox"/> Sudores frios | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Perdida de olfato | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Perdida del gusto | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Cancer |

Otros síntomas, observaciones e informacion adicional _____

¿Cuales medicinas o drogas está usted tomando? _____

¿Propósito de esta cita? _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que las pólizas de los seguros de salud y accidente son un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que todos los servicios que se me suministren seran cargados directamente y que yo personalmente seré responsable de pagarlos. También entiendo que si acaso interrumpo o termino los tratamientos cualquier costo por los servicios profesionales que se me suministraron deberán de ser pagados inmediatamente.

Firma del paciente _____

Número del seguro social _____ Fecha _____

Firma del cónyuge o guardián autorizando el tratamiento _____

Esta información fué obtenida por _____ Fecha _____