

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Rellene las imágenes:
 (sombree las áreas)



Actualmente, mis objetivos principales son (marque todo lo que corresponda):

- Obtener una segunda opinión
- Obtener una recomendación para fisioterapia
- Recibir medicamentos
- Recibir tratamientos con inyecciones
- Someterme a una cirugía

En caso de haber consultado con otros cirujanos por este problema y no haber quedado satisfecho, indique los motivos:

- No respondió a mis preguntas
- No me dio ninguna sugerencia sobre qué hacer
- Hubo problemas de personalidad
- Hubo problemas con el personal del consultorio
- Me dedicó poco tiempo
- Otro

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

B. Para pacientes con problemas de CUELLO O DE BRAZO: NO COMPLETAR SI LO ESTÁN TRATANDO POR UN PROBLEMA DE ESPALDA

1. ¿Qué porcentaje del dolor es dolor de cuello y qué porcentaje es dolor de brazo? (Marque la casilla adecuada)
 - 0 % cuello, 100 % brazo 10 % cuello, 90 % brazo 25 % cuello, 75 % brazo 40 % cuello, 60 % brazo
 - 50 % cuello, 50 % brazo 60 % cuello, 40 % brazo 75 % cuello, 25 % brazo 90 % cuello, 10 % brazo
 - 100 % cuello, 0 % brazo
2. Sin dolor en el brazo Con dolor de brazo (marque a continuación):
 - a. 0 % derecho, 100 % izquierdo 10 % derecho, 90 % izquierdo 25 % derecho, 75 % izquierdo
 - 40 % derecho, 60 % izquierdo 50 % derecho, 50 % izquierdo 60 % derecho, 40 % izquierdo
 - 75 % derecho, 25 % izquierdo 90 % derecho, 10 % izquierdo 100 % derecho, 0 % izquierdo
 - b. El dolor de brazo se presenta en (marque a continuación):
 - Lado derecho:** Espalda (arriba) Hombro Brazo Antebrazo Mano/Dedo
 - Lado izquierdo:** Espalda (arriba) Hombro Brazo Antebrazo Mano/Dedo
3. Levantar el brazo: mejora el dolor empeora el dolor no afecta el dolor
4. Mover el cuello: mejora el dolor empeora el dolor no afecta el dolor
5. Sin debilidad en los brazos y las manos Con debilidad en (marque a continuación):
 - Lado derecho:** Hombro Brazo Antebrazo Mano/Dedo
 - Lado izquierdo:** Hombro Brazo Antebrazo Mano/Dedo
6. Sin entumecimiento en los brazos y manos Con entumecimiento en (marque a continuación):
 - Lado derecho:** Brazo Antebrazo Pulgar Dedo índice Dedo medio Dedo anular Meñique
 - Lado izquierdo:** Brazo Antebrazo Pulgar Dedo índice Dedo medio Dedo anular Meñique
7. Tiene No tiene dificultades para recoger objetos pequeños, como monedas, o para prender botones.
8. Tiene No tiene problemas con el equilibrio o tropezones frecuentes.
9. Tiene dolores de cabeza (frecuentes ocasionales No) tiene dolores de cabeza.

Pacientes con DOLORES DE CABEZA.

1. Si tiene dolores de cabeza, ¿de qué manera describiría la frecuencia y la intensidad?

Tengo dolores de cabeza (marque una opción): leves moderados intensos

Se manifiestan (marque una opción): con poca frecuencia con frecuencia casi todo el tiempo
2. Los dolores de cabeza se localizan (marque a continuación):
 - a. en la parte posterior del cuello b. en la parte posterior de la cabeza
 - c. en el costado de la cabeza/en la sien d. en la parte frontal de la cabeza (cerca de los ojos)
3. ¿Cuánto tiempo ha sufrido dolores de cabeza? Varios días Varias semanas
 Varios meses Más de 1 año
4. ¿Cuándo se manifiestan los dolores de cabeza con mayor frecuencia?
 - Por la mañana Por la tarde En el trabajo Por la noche No hay un patrón
5. ¿Cuál es la intensidad promedio del dolor de cabeza durante el día? (Marque con un círculo)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. ¿Cómo describiría el dolor? Pulsante Constrictivo Opresivo
 Sordo Punzante Fulgurante
7. ¿Qué medicamentos (recetados o de venta libre) toma para el dolor de cabeza?

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD CERVICAL

Este cuestionario está diseñado para permitirnos comprender en qué medida el dolor de **cuello** ha afectado su capacidad para sobrellevar las actividades cotidianas. Es importante que responda las siguientes preguntas. Entendemos que quizás considere que hay más de un enunciado que se relaciona con su situación, pero le pedimos que, para cada pregunta, marque con un círculo LA MEJOR RESPUESTA que describa con más exactitud su situación *actual*.

Intensidad del dolor

0. No siento dolor en este momento.
1. El dolor es leve en este momento.
2. El dolor es intermitente y moderado.
3. El dolor es moderado y no varía demasiado.
4. El dolor es intenso pero es intermitente.
5. El dolor es intenso y no varía demasiado.

Aseo personal

0. Puedo encargarme de mi aseo personal sin que esto me provoque más dolor.
1. Puedo encargarme de mi aseo personal regularmente, pero esto me provoca más dolor.
2. Encargarme de mi aseo personal me causa dolor y lo hago despacio y cuidadosamente.
3. Necesito un poco de ayuda, pero puedo encargarme de la mayor parte de mi aseo personal.
4. Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi aseo personal.
5. No me visto; me baño con dificultad y permanezco en la cama.

Levantar peso

0. Puedo levantar objetos pesados sin que esto me provoque dolor adicional.
1. Puedo levantar objetos pesados, pero esto me provoca dolor adicional.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantarlos si estos se encuentran en un lugar conveniente, por ejemplo, sobre una mesa.
3. El dolor no me permite levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos de peso liviano a moderado si estos se encuentran en un lugar conveniente.
4. Puedo levantar objetos muy livianos.
5. No puedo levantar ni cargar nada.

Lectura

0. Puedo leer tanto como quiero sin dolor de cuello.
1. Puedo leer tanto como quiero con dolor leve de cuello.
2. Puedo leer tanto como quiero con dolor moderado de cuello.
3. No puedo leer tanto como quiero debido al dolor moderado de cuello.
4. No puedo leer tanto como quiero debido al dolor intenso de cuello.
5. No puedo leer en absoluto.

Dolores de cabeza

0. No tengo dolores de cabeza.
1. Tengo dolores de cabeza leves que se manifiestan ocasionalmente.
2. Tengo dolores de cabeza moderados que se manifiestan ocasionalmente.
3. Tengo dolores de cabeza moderados que se manifiestan con frecuencia.
4. Tengo dolores de cabeza intensos que se manifiestan con frecuencia.
5. Tengo dolores de cabeza casi todo el tiempo.

Concentración

0. Puedo concentrarme plenamente cuando quiero y sin dificultad.
1. Puedo concentrarme plenamente cuando quiero con una leve dificultad.
2. Tengo una dificultad considerable para concentrarme cuando quiero.
3. Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero.
4. Tengo demasiada dificultad para concentrarme cuando quiero.
5. No puedo concentrarme en absoluto.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Trabajo

0. Puedo trabajar cuanto quiero.
1. Puedo hacer solamente el trabajo habitual, pero no más.
2. Puedo hacer la mayor parte del trabajo habitual, pero no más.
3. No puedo hacer el trabajo habitual.
4. Casi no puedo hacer ningún trabajo.
5. No puedo hacer ningún trabajo.

Conducción

0. Puedo conducir mi automóvil sin sentir dolor de cuello.
1. Puedo conducir mi automóvil durante el tiempo que quiero con un ligero dolor de cuello.
2. Puedo conducir mi automóvil durante el tiempo que quiero con dolor moderado de cuello.
3. No puedo conducir mi automóvil durante el tiempo que quiero debido al dolor moderado de cuello.
4. Casi no puedo conducir mi automóvil debido al dolor intenso de cuello.
5. No puedo conducir mi automóvil en absoluto.

Sueño

0. No tengo dificultades para dormir.
1. Mi sueño está apenas alterado (menos de 1 hora de insomnio).
2. Mi sueño está levemente alterado (de 1 a 2 horas de insomnio).
3. Mi sueño está moderadamente alterado (de 2 a 3 horas de insomnio).
4. Mi sueño está muy alterado (de 3 a 5 horas de insomnio).
5. Mi sueño está completamente alterado (de 5 a 7 horas de insomnio).

Recreación

0. Puedo participar en todas las actividades recreativas sin sentir dolor en el cuello en absoluto.
1. Puedo participar en todas las actividades recreativas con algo de dolor de cuello.
2. Puedo participar en la mayoría, pero no en todas, las actividades recreativas debido al dolor de cuello.
3. Puedo participar en algunas de mis actividades recreativas habituales debido al dolor de cuello.
4. Casi no puedo participar en actividades recreativas debido al dolor de cuello.
5. No puedo participar en ninguna actividad recreativa en absoluto.

Solo para uso en el consultorio: Puntuación

Firma del paciente y fecha

Firma del médico y fecha

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Columna vertebral

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

C. Para pacientes con problemas de ESPALDA O PIERNA: NO COMPLETAR SI LO ESTÁN TRATANDO POR UN PROBLEMA DE CUELLO

1. ¿Qué porcentaje del dolor es dolor de espalda y qué porcentaje es dolor de pierna o de nalga? (Marque la casilla adecuada):

<input type="checkbox"/> 0% espalda, 100% pierna	<input type="checkbox"/> 10% espalda, 90% pierna	<input type="checkbox"/> 25% espalda, 75% pierna
<input type="checkbox"/> 40% espalda, 60% pierna	<input type="checkbox"/> 50% espalda, 50% pierna	<input type="checkbox"/> 60% espalda, 40% pierna
<input type="checkbox"/> 75% espalda, 25% pierna	<input type="checkbox"/> 90% espalda, 10% pierna	<input type="checkbox"/> 100% espalda, 0% pierna
 2. Sin dolor de pierna Con dolor de pierna (marque a continuación):
 - a. 0% derecho, 100% izquierdo 10% derecho, 90% izquierdo 25% derecho, 75% izquierdo
 40% derecho, 60% izquierdo 50% derecho, 50% izquierdo 60% derecho, 40% izquierdo
 75% derecho, 25% izquierdo 90% derecho, 10% izquierdo 100% derecho, 0% izquierdo
 - b. El dolor se presenta en (marque a continuación):

Lado derecho:	<input type="checkbox"/> Nalga	<input type="checkbox"/> Muslo delantero	<input type="checkbox"/> Muslo trasero	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Pie
Lado izquierdo:	<input type="checkbox"/> Nalga	<input type="checkbox"/> Muslo delantero	<input type="checkbox"/> Muslo trasero	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Pie
 3. Sin debilidad en las piernas Con debilidad en (marque a continuación):

Lado derecho:	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/> Dedo gordo
Lado izquierdo:	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Tobillo	<input type="checkbox"/> Pie	<input type="checkbox"/> Dedo gordo
 4. Sin entumecimiento en las piernas Con entumecimiento (marque a continuación):

Lado derecho:	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Pie	Lado izquierdo:	<input type="checkbox"/> Muslo	<input type="checkbox"/> Pantorrilla	<input type="checkbox"/> Pie
----------------------	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------
 5. La posición en la que siento mayor dolor es la siguiente: Sentado De pie Al caminar
 6. ¿Cuántos minutos puede estar de pie en un lugar sin sentir dolor?
 De 0 a 10 De 15 a 30 De 30 a 60 Más de 60
 7. ¿Cuántos minutos puede caminar sin sentir dolor? De 0 a 10 De 15 a 30 De 30 a 60 Más de 60
 8. Acostarse: alivia el dolor no alivia el dolor a veces alivia el dolor
 9. Inclinar hacia adelante: aumenta el dolor disminuye el dolor no afecta el dolor
- Durante la última semana, ¿con qué frecuencia sufrió algo de lo siguiente?: (Encierre en un círculo el número que corresponda)

	En ningún momento	Poco tiempo	Algunas veces	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
--	-------------------	-------------	---------------	------------------------	---------------------------	----------------

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. Dolor en la región lumbar o en las nalgas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Dolor de pierna..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Entumecimiento u hormigueo en la pierna o el pie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Debilidad en la pierna o el pie (por ejemplo, dificultad para levantar el pie)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Durante la última semana, ¿qué tan molestos fueron estos síntomas? (Encierre en un círculo el número que corresponda)

	Para nada molestos	Levemente molestos	Algo molestos	Moderadamente molestos	Muy molestos	Extremadamente molestos
--	--------------------	--------------------	---------------	------------------------	--------------	-------------------------

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. Dolor en la región lumbar o en las nalgas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Dolor de pierna..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Entumecimiento u hormigueo en la pierna o el pie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Debilidad en la pierna o el pie (por ejemplo, dificultad para levantar el pie)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Columna vertebral

Para pacientes con una DEFORMIDAD VERTEBRAL/CURVATURA DE LA COLUMNA.

1. ¿Cómo le descubrieron la deformidad vertebral? _____
2. ¿Conoce sus mediciones de las curvas actuales? _____
3. Motivos por los que se solicita tratamiento en este momento: deformidad progresiva dolor
 imposibilidad para estar de pie derecho No me agrada el aspecto de mi espalda/cintura
 Otro: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE ESPALDA

Este cuestionario está diseñado para permitirnos comprender en qué medida el dolor de **espalda** ha afectado su capacidad para sobrellevar las actividades cotidianas. Es importante que responda las siguientes preguntas. Entendemos que quizás considere que hay más de un enunciado que se relaciona con su situación, pero le pedimos que, para cada pregunta, marque con un círculo LA MEJOR RESPUESTA que describa con más exactitud su situación *actual*.

Intensidad del dolor

0. Puedo tolerar el dolor que siento sin necesidad de tomar analgésicos.
1. El dolor es considerable, pero puedo controlarlo sin tomar analgésicos.
2. Los analgésicos alivian completamente el dolor.
3. Los analgésicos alivian moderadamente el dolor.
4. Los analgésicos brindan muy poco alivio para el dolor.
5. Los analgésicos no surten efecto, por lo tanto, no los utilizo.

Aseo personal (lavarse, vestirse, etc.)

0. Puedo encargarme de mi aseo personal regularmente sin que esto me provoque más dolor.
1. Puedo encargarme de mi aseo personal regularmente, pero esto me provoca más dolor.
2. Encargarme de mi aseo personal me causa dolor y lo hago despacio y cuidadosamente.
3. Necesito un poco de ayuda, pero puedo encargarme de la mayor parte de mi aseo personal.
4. Necesito ayuda todos los días en la mayoría de los aspectos de mi aseo personal.
5. No me visto; me baño con dificultad y permanezco en la cama.

Levantar peso

0. Puedo levantar objetos pesados sin que esto me provoque dolor adicional.
1. Puedo levantar objetos pesados, pero esto me provoca dolor adicional.
2. El dolor no me permite levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantarlos si estos se encuentran en un lugar conveniente, por ejemplo, sobre una mesa.
3. El dolor no me permite levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos de peso liviano a moderado si estos se encuentran en un lugar conveniente.
4. Solo puedo levantar objetos muy livianos.
5. No puedo levantar ni cargar nada.

Marcha

0. El dolor me permite caminar cualquier distancia.
1. El dolor no me permite caminar más de 1 milla.
2. El dolor no me permite caminar más de 1/2 milla.
3. El dolor no me permite caminar más de 1/4 de milla.
4. Solo puedo caminar con la ayuda de un bastón o muletas.
5. Permanezco acostado la mayor parte del tiempo y tengo que arrastrarme hasta el baño.

Estar sentado

0. Puedo permanecer sentado en cualquier silla todo el tiempo que quiero.
1. Solo puedo permanecer sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiero.
2. El dolor no me permite permanecer sentado por más de una hora.
3. El dolor no me permite permanecer sentado por más de treinta minutos.
4. El dolor no me permite permanecer sentado por más de diez minutos.
5. El dolor no me permite sentarme en absoluto.

Estar de pie

0. Puedo estar de pie todo el tiempo que quiero sin dolor adicional.
1. Puedo estar de pie todo el tiempo que quiero pero esto me provoca dolor adicional.
2. El dolor no me permite estar de pie por más de una hora.
3. El dolor no me permite estar de pie por más de treinta minutos.
4. El dolor no me permite estar de pie por más de diez minutos.
5. El dolor no me permite estar de pie en absoluto.

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Sueño

0. El dolor no me impide dormir bien.
1. Puedo dormir bien solo si tomo pastillas.
2. Aunque tome pastillas, duermo menos de seis horas.
3. Aunque tome pastillas, duermo menos de cuatro horas.
4. Aunque tome pastillas, duermo menos de dos horas.
5. El dolor me impide dormir por completo.

Trabajo/Tareas domésticas

0. Las actividades laborales/domésticas habituales no me provocan dolor.
1. Las actividades laborales/domésticas habituales aumentan el dolor, pero aún así puedo hacer todas las tareas que me corresponden hacer.
2. Puedo hacer la mayoría de mis tareas laborales/domésticas, pero el dolor no me permite hacer actividades que implican una mayor fuerza física (p. ej., levantar peso, aspirar).
3. El dolor solo me permite hacer tareas de baja intensidad.
4. El dolor me impide hacer incluso tareas de baja intensidad.
5. El dolor me impide hacer cualquier trabajo o tarea doméstica.

Vida social

0. Mi vida social es normal y no me provoca dolor adicional.
1. Mi vida social es normal, pero aumenta el grado de dolor.
2. El dolor no tiene un efecto significativo sobre mi vida social, excepto por limitar mis intereses en las actividades más enérgicas (p. ej., bailar, etc.).
3. El dolor ha limitado mi vida social y no salgo con frecuencia.
4. El dolor ha limitado mi vida social a mi hogar.
5. No tengo vida social debido al dolor.

Desplazamiento

0. Puedo viajar a cualquier lugar sin que esto me provoque dolor adicional.
1. Puedo viajar a cualquier lugar pero esto me provoca dolor adicional.
2. El dolor es considerable, pero puedo soportar viajes de más de dos horas.
3. El dolor me limita a viajes de menos de una hora.
4. El dolor me limita a viajes cortos de menos de treinta minutos.
5. El dolor me impide viajar excepto al consultorio del médico o al hospital.

Solo para uso en el consultorio: Puntuación

Firma del paciente y fecha

Firma del médico y fecha

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Imaging

Cuestionario para el paciente

Nombre en letra de molde: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para poder prestarle un mejor servicio, le solicitamos que responda las preguntas a continuación. El radiólogo utilizará esta información para hacer la mejor interpretación de los hallazgos en la exploración que le hagan.

¿Por qué motivo el médico solicitó este examen (por ejemplo, por dolor o análisis de sangre o de otra índole con resultados anormales)?

En caso de que debamos comunicarnos con usted por este examen, le solicitamos que nos proporcione su información de contacto (teléfono, dirección postal o correo electrónico): _____

Si siente dolor, ¿en qué parte exactamente es más intenso (por ejemplo, en la parte interior de la rodilla derecha, la base del dedo medio o el costado izquierdo de la cabeza)? _____

¿Durante cuánto tiempo ha sentido este dolor? _____

Describa cualquier lesión en la zona. _____

Antes de hoy, ¿le habían hecho algún estudio radiológico del área que se está examinando ahora? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿fue en algún centro de Columbia? _____

¿Qué tipo de estudio le hicieron (radiografía, tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM], ecografía, etc.)? _____

¿Le practicaron una cirugía en la zona que se está estudiando? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo? _____

¿Ha tenido cáncer? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? _____

¿Recibió radioterapia en la zona que se está estudiando actualmente? _____

Enumere cualquier alergia: _____

¿Algún proveedor de atención médica le informó que usted tiene una función renal anormal, sabe si padece alguna enfermedad renal? Sí () NO ()

¿Está o podría estar embarazada? SÍ () NO ()

Si está embarazada o piensa que puede estarlo, infórmeselo al técnico.

¿Está amamantando? SÍ () NO ()

Su firma

Fecha de hoy

Nombre en letra de molde como figura en la tarjeta del seguro. Si la tarjeta del seguro presenta algún error, anótelo

Técnico: _____ Fecha: _____

Imagen

HOJA DE DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del 2^{do} nombre _____

Dirección: _____ N.º de apt.: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

N.º de tel. del hogar: _____ N.º de tel. laboral: _____

Médico que remitió: _____ N.º de tel. del médico: _____

Dirección del médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: (SELECCIONE UNA OPCIÓN) Casado Soltero Viudo Divorciado
 Separado

Idioma: _____ Raza: _____ Origen étnico: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS Y ACUERDO DE PAGO

*****PARA TODOS LOS PACIENTES (incluso pacientes de Medicare): LEA Y FIRME**

Por la presente verifico la precisión de la información provista en la hoja de datos demográficos del paciente y autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar cualquier reclamo. Además, entiendo que este centro podría rechazar mi seguro y que, por lo tanto, yo sería responsable del pago. En caso de que este centro acepte mi seguro, solicito que el pago de los reclamos se haga directamente a este centro. Entiendo que soy responsable en última instancia de todos los servicios prestados. Además, seré responsable de cualquier saldo restante después de los pagos efectuados por el seguro. Colaboraré con el consultorio del médico para que los reclamos por indemnización por accidentes laborales o sin necesidad de demostrar culpa se paguen al médico, y entiendo que seré responsable de todas las facturas en caso de que la aseguradora no las pague.

 Firma del paciente o representante autorizado

 Fecha

 Nombre en letra de molde

 N.º de unidad

MEDICARE – FIRMA EN ARCHIVO

*****PARA TODOS LOS PACIENTES DE MEDICARE: LEA Y FIRME**

Solicito que se dirija al médico el pago de los beneficios de Medicare autorizados por todos los servicios que este me haya prestado. Autorizo a cualquier persona con acceso a mi información médica para divulgar los datos necesarios a fin de determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a Health Care Financing Administration (Administración Financiera de la Atención Médica) y sus funcionarios por servicios relacionados.

 Firma del paciente

 Fecha

Imagen

HOJA DE DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre en letra de molde

N.º de unidad