

BIENVINIDO

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Correo Electrónico: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad Estado Código Postal

Numero De Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

¿Le podemos hablar al trabajo? ☐ Si ☐ No

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Numero de Seguro Social _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Menor de Edad

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia Nombre: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____

Describe el mayor problema de salud que lo trae a nuestra oficina: _____

(Información de Accidente)

¿La visita de hoy se debe a un accidente? ☐ Si ☐ No ¿Si es sí, de que tipo? ☐ Automovilístico ☐ Trabajo ☐ Otro

Fecha del accidente: _____ ¿Ha sido reportado? ☐ Si ☐ No Si es sí, a quien? _____

Información Financiera

Nombre de la persona responsable por la cuenta: _____

Relación con el paciente (si no soy yo mismo) _____ Teléfono: _____

¿Tiene seguro medico? ☐ Si ☐ No Nombre de Portador: _____

¿Tiene segundo seguro medico? ☐ Si ☐ No Nombre de portador: _____

POR FAVOR PRESENTE UNA COPIA(S) DEL SEGURO MEDICO

Asignación y Liberación (pacientes asegurados)

Yo certifico que yo (o mis dependientes) tengo seguro medico con _____ y AUTORIZO, REQUIERO Y ASIGNO MI COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO A QUE PAGA DIRECTAMENTE AL DOCTOR O AL CONSULTORIO, Piedmont Medical LOS BENEFICIOS DEL SEGURO MEDICO, DE OTRO MODO PAGABLE A MI MISMO. Yo entiendo que soy responsable financiero de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por este medio autorizo que libere toda la información necesaria; incluyendo el diagnóstico y los expedientes de cualquier examen o tratamiento dados a mí, con el fin de asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo con esta firma en todos los reclamos de seguros, incluyendo los enviados electrónicamente.

Firma (X) _____ Fecha _____

Assignment of Proceeds, Contractual Lien, and Authorization

I, the undersigned, hereby authorize and direct any and all insurance carriers, attorneys, agencies, government departments, companies, individuals, and/or other legal entities (payers), which may elect to be obliged to pay benefits to me for any medical conditions, accidents, injuries or illnesses, past, present, or future (condition) to pay directly to and exclusively in the name of Piedmont Medical Center for charges incurred by me, including but not limited to charges for treatment, narrative reports, depositions, testimony, and any other charges incurred by me at the Office (charges). I further grant a contractual lien to Piedmont Medical Center with respect to my charges, applicable to all payers; however, I understand that nothing in this Agreement shall be construed as an election by Piedmont Medical Center to claim protection under any statutory lien law. For the purpose of this Agreement, "benefits" shall include, but not limited to, proceeds from any settlement, judgment, or verdict, as well as any proceeds relating to commercial health group insurance, lost wage benefits, lost service benefit, attorney retainer agreements, medical payment benefit, Personal Injury protection, no-fault coverage, uninsured and uninsured motorist coverage, third-party liability distributions, disability benefits, worker's compensation benefits, malpractice proceeds, and any other benefits or proceeds payable to me for the purpose stated herein, regardless of whether such proceeds are related to my charges or not.

I further agree that in the event a payer refuses to pay Piedmont Medical Center, I hereby assign, insofar as permitted by law, all of my rights, remedies, and benefits to Piedmont Medical Center to extent of my charges, as well as any and all causes of action that I might have against such payer, to prosecute such causes of action either in my name or in the Office's name and to settle or otherwise resolve such causes of action as the Office sees fit.

In the event I retain one or more attorneys to represent me in this matter, I will direct each attorney to issue a letter of protection to this Office regarding my charges. Upon issuance, I hereby agree that such letter(s) of protection cannot be revoked or modified without the expressed written consent of this Office. I further direct each attorney to provide immediate notice to the Office regarding any funds received by the attorney relating to my accident, to promptly pay such Office, and to provide full accounting of such funds to the office upon its request.

I hereby direct all payers to release to Piedmont Medical Center any information regarding any coverage or benefits which I may have including, but not limited to, the amount of the coverage, the amount paid thus far, and the amount of any outstanding claims.

I authorize this Office to release any information regarding my treatment or pertinent to my case(s) to all payers as defined above to facilitate collection under this agreement. I hereby direct this Office to file a copy of this agreement, together with any applicable charges, with any or all payers, regardless of whether a claim has been established with said payers. I hereby authorize Piedmont Medical Center to endorse/sign my name on any and all checks listing me as the payee, which are presented to this Office for payment of and account relating to me, my spouse, or any of my dependents, regardless of these other charges are related to my condition.

I understand that I remain personally responsible for the total amounts due Piedmont Medical Center from their services. This assignment lien does not constitute any consideration for this Office to await payments and it may demand payments from immediately upon rendering services at its option. If this Office must take any action to collect an outstanding balance on my account, I will be responsible for payment and will reimburse Piedmont Medical Center for all costs of such collection efforts, including, but not limited to, all court costs and all attorneys fees.

This assignment and lien shall not be modified or revoked without the mutual written consent of Piedmont Medical Centers and myself. I hereby revoke any previously signed authorizations, whether executed at this Office or any other Office to the extent the terms of those authorizations conflict with the terms of this agreement and lien.

I agree that each and every provision of this agreement is reasonably necessary for the protection of the rights and interests of Piedmont Medical Center and me. However, should any provision of this agreement be found to be invalid, illegal, or unenforceable, or for any reason cease to be binding on any party hereto, all other provisions of this agreement shall, nevertheless, remain in full force and effect.

Personal Injury cases that the attorneys willfully gave Dr's fees to their clients will be referred to the South Carolina Bar Office of Disciplinary Council.

Please print patient name: _____ Date _____

Patient Signature: _____ Date _____

Name of Custodial Parent or Legal Guardian (please print)

Parent /Guardian : _____ Date _____

Witness: _____ Date _____

Acuso de Recibo DE LA NOTIFICACION SOBRE LA PRIVACIDAD

Piedmont Medical
3029 White Horse Rd.
Greenville, SC 29611

Entiendo y se me ha dado la oportunidad de revisar una Notificación sobre las Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa del uso y revelación de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar esta notificación antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de objetar el uso de mi información de salud para propósitos de directorio, y
- El derecho de requerir restricciones respecto a cómo mi información de salud puede usarse o revelarse para llevar a cabo un tratamiento u operaciones de cuidado de la salud o pagos.

_____ He recibido una copia de papel de la Notificación de Privacidad y Notificación de los Derechos y Deberes del Paciente

Recordatorio de citas y Autorización de Información sobre el cuidado de la salud

Su doctor y miembros del consultorio pueden necesitar usar su nombre, dirección, número de teléfono y sus registros clínicos para contactarlo en recordatorios de citas, información sobre tratamientos alternativos, u otra información relacionada a la salud que puede ser de su interés. Si este contacto se hace por teléfono y usted no está en casa, se le dejará un mensaje en su contestador automático. Al firmar esta autorización, usted nos da la autorización de contactarlo con estos recordatorios e información.

_____ Yo reconozco que es la política de Piedmont Medical _____ dejar mensajes recordatorios en mi contestador automático o con otra persona que esté en mi casa. Puedo hacer una solicitud de modos alternativos de comunicación (mientras sea razonable), por vía escrita.

_____ Yo reconozco que si yo tuviera un problema o pregunta respecto a mis derechos, yo puedo hablar con el Oficial de Privacidad, Beth Mills, sobre mis preguntas.

Firma del paciente / Guardián

Fecha

Si no es firmado por el paciente, favor de indicar su parentesco

- ☐ Pariente o guardián de un paciente menor de edad
- ☐ Guardián o protector de un paciente incapacitado
- ☐ Beneficiario o representante oficial de un paciente fallecido

Nombre del paciente _____

Para uso de la oficina solamente:

Formato firmado recibido por: _____
Acuso rechazado: (Intento de obtenerlo / Razones para el rechazo) _____

PI 3

Piedmont Medical
3029 White Horse RD
Greenville SC 29611
(864) 269-6131

Consentimiento para el cuidado

Yo autorizo a los médicos a tratar mi caso cuando lo estimen conveniente a través del uso de la terapia física, rehabilitación y terapia manual, la manipulación de la columna vertebral, el apoyo nutricional, las inyecciones de puntos gatillo, las inyecciones conjuntas y las pruebas de diagnóstico. Me doy cuenta de la meta de la medicina física y rehabilitación es fortalecer el cuerpo del paciente con el fin de curarse a sí mismos.

Un paciente viene con el médico ofrece su permiso y la autoridad para cuidar de ellos, de acuerdo con la prueba de su caso, el diagnóstico y el análisis. Los procedimientos clínicos generalmente son beneficiosas y rara vez causan ningún problema. En casos raros físicos subyacentes defectos, deformaciones o patologías, todo hacer que el paciente sea susceptible de sufrir lesiones. El médico no prestará servicios específicos de salud, si se conoce o para aprender a través de procedimientos de atención médica o de diagnóstico, que los síntomas de lo que está sufriendo la forma están relacionados con defectos latentes patológicos, enfermedades o deformidades, que de otro modo no llegan a la atención del médico.

Se entiende y se acuerda la cantidad pagada a la clínica para los rayos X es para la interpretación y sólo los aspectos negativos de rayos X seguirá siendo propiedad de esta oficina, al estar en el archivo. El paciente también está de acuerdo en que él / ella es responsable de todas las facturas que incurra en esta oficina.

He leído y comprendido lo anterior.

Firma del paciente

Fecha

Cuestionario de rayos X: solo para mujeres

Nuestra consulta y el examen puede indicar que los rayos X son necesarios para diagnosticar con exactitud cualquier analisis de su condicion. En caso de rayos X que sea necesario, nos gustaria confrimar que no esta embarazada en este momento.

Nombre: _____

- ☐ ay una posibilidad que este embarazada
☐ si, definitivamente estoy embarazada
☐ no, definitivamente no estoy embarazada en este momento
☐ yo pido que rayos X no se tomen por:

Firma de la paciente

Fecha

PI4

Piedmont Medical Centers of the Carolinas

3029 White Horse Rd., Greenville, SC 29611

Phone 864-269-6131 / Fax 864-269-6150

Horario de oficina:

Lunes y Miércoles	8:30 AM -12:30 PM	2:00-6:00 PM
Martes y Jueves	11:00 AM -12:30 PM	2:00-6:00 PM
Viernes	8:30 AM -12:30 PM	2:30-5:00 PM

Después de las horas de la oficina, deje un mensaje en nuestro contestador de mensajes, o en un caso de emergencia marque el 911.

Derechos y responsabilidades del paciente

Derechos del Paciente:

1. El paciente tiene el derecho a un servicio considerado y respetuoso.
2. El paciente tiene el derecho a obtener servicio sin distinción de raza, credo, nacionalidad, sexo, edad, incapacidad, diagnóstico, o afiliación religiosa.
3. De acuerdo a ley, el paciente tiene el derecho a la confidencialidad de toda información respecto al servicio de su equipo médico. Las personas y organizaciones que no participan en el cuidado del paciente no puede tener acceso a la información sin el consentimiento escrito de paciente.
4. El paciente tiene el derecho de tomar decisiones informadas acerca de su atención, incluyendo la posibilidad de solicitar o rechazar el tratamiento médico apropiado en la medida permitida por la ley, y de ser informado de las consecuencias médicas de tal acción.
5. El paciente tiene el derecho a una continuidad razonable de atención y servicio.
6. El paciente tiene el derecho para expresar una queja, sin temor a la cesión de servicios o de otra represalia en el proceso del servicio.

Responsabilidades del paciente:

1. El paciente deberá notificar de inmediato a Piedmont Medical Centers of the Carolinas la falla o daño de cualquier equipo.
2. El paciente es responsable por algún equipo que se pierde o sea robado mientras esta en su poder y debe notificar a Millstone Healthcare en tales casos.
3. El paciente debe notificar a Piedmont Medical si hay algún cambio relativo a su médico
4. El paciente debe notificar a Piedmont Medical si hay algún cambio de su dirección o su número telefónico.
5. El paciente debe notificar a Piedmont Medical por el cese de uso.
6. Excepto en caso contrario a la ley federal o estatal, el paciente es responsable de cualquier alquiler de equipos y cargos de venta que la compañía/s de seguro del paciente no hayan pagado.

Firma del paciente

Fecha

Piedmont Medical Centers of the Carolinas
3029 White Horse RD Greenville SC 29611
Phone 864-269-6131 Fax- 864-269-6150

Las Políticas financieras de la Oficina

1. Todos los pacientes deben pagar en efectivo hasta que nuestro personal pueda verificar la cobertura de su seguro.
2. Su seguro será verificado y será revisado con usted si es que es aplicable.
3. Luego de que la cobertura y el deducible sean verificados esta oficina puede aceptar asignaciones de la mayoría de pólizas siempre que el paciente o asegurado firme una declaración adecuada de beneficios y/o una carta autorizando que el pago sea enviado al médico.
4. Esperar a que llegue el pago del seguro es una cortesía, la cual puede ser retirada bajo ciertas circunstancias
5. Como paciente, el co-pago es su responsabilidad (generalmente es un porcentaje o una cantidad fija en dólares) y también los servicios que no sean cubiertos en cada mes. Esta oficina puede hacer arreglos de pago en cada caso. Dichos planes o acuerdos serán discutidos durante el reporte de su caso.
6. Esta oficina no asegura ni garantiza que su compañía de seguros pagará, ni hace promesas de que la compañía de seguros pagará o debería pagar por los servicios prestados. Las pólizas de seguro son un acuerdo entre la compañía de seguros y el paciente/asegurado.
7. Cualquier servicio que no esté cubierto o tenga cobertura reducida de su compañía de seguros será responsabilidad del paciente
8. Esta oficina presentará un reclamo de seguro a su nombre. No vamos a entrar en una disputa con su compañía de seguros. Si surge un problema, se entiende que Ud. lo atenderá directamente con el ajustador o agente de seguros. Los reclamos denegados o en disputa serán tratados como no pagados.
9. Si su cuenta, por cualquier motivo, tuviera que pasar a cobranza, todo costo de la corte, costo de abogados, y los costos de cobranza incurridos en cobrar el saldo de la cuenta serán de responsabilidad del paciente.
10. Yo autorizo la liberación de mis registros médicos y de otro tipo de mi record de salud. Autorizo la liberación de los registros o la información necesaria para procesar los reclamos.
11. Todo los pagos de seguros, sin tener en cuenta que empresa emite el cheque, se aplica a su cuenta, siempre y cuando es saldo se haya vencido. Lo reembolsos se hacen sólo después de que su saldo se ha pagado y comprobado por esta oficina.
12. Si usted recibe correspondencia con cheques de su compañía de seguro, usted se compromete a traerlos a nuestra oficina, para que podamos determinar si se debe tomar alguna acción o si el cheque es en asignación para esta oficina.
13. Si usted cambia de compañía de seguro o de empleador, Ud. se compromete a proporcionar a esta oficina con la información actualizada de forma inmediata.
14. Si esta oficina le da algún tipo de descuento contable o profesional para el tratamiento y Ud. decide abandonar la atención entonces se aplicarán nuestras tarifas normales.
15. Esta oficina acepta tarjetas de crédito (Visa, MasterCard), cheques personales y dinero en efectivo
16. Si tiene alguna pregunta o duda sobre estos temas, por favor hable con la recepcionista o el departamento de seguros antes de ver al médico.
17. Si Ud. detiene el servicio y tiene un acuerdo financiero firmado con esta oficina, Ud. Será responsable por todos los cargos que haya incurrido en esta oficina.

Gracias por toda su cooperación en este tema.

He leído y entendido completamente la política financiera de la oficina y me comprometo a cumplir con éstos términos.

Firma del Paciente

Fecha

PT 6

PATIENT MISSED APPOINTMENT POLICY

DEFINITIONS

POLICY- a way of managing affairs so as to achieve some purpose.

APPOINTMENT- a meeting with someone at a certain time and place.

MISSED- fail to keep, do, or be present at.

It is our wish that each and every one of our patients receive the very best care and service possible. **Your Treatment Program** consists of a specific series of treatment given over a pre-planned time span. If you do not follow this plan, then you will not receive the desired results.

If we did not insist that you meet all your appointments, we would be doing you a disservice and it would be indicative that we did not care. We do not want to do you a disservice and we do care about you and the success of your program here. Therefore, we have a few simple rules that we insist you follow:

1. Meet all your appointments. Arrange the activities in your life so that this can occur.
2. If you become ill, we still want you to come in, because **Treatments** will help you recover.
3. If you are unable to make it in due to an emergency, please call us and let us know so we can reschedule your appointment.
4. With the exceptions of unexpected emergencies, we require that you notify us at least 24 hours in advance as to any appointment changes.
5. All cancelled or missed appointments must be rescheduled and made up within one week.

Again, we request that you communicate with us if you are going to miss your appointment. If you don't the following will apply:

6. There is a \$5.00 service charge for no call/no show appointments.
7. There is also a \$20.00 charge for missing an appointment with the medical doctor if you are scheduled for a Re-evaluation, Report of Findings, or Exam.

I have read, understand, and agree to follow the above policy.

Patient's Name: _____

Signature: _____

Staff Witness: _____

La asignación y la instrucción para el pago directo de un accidente médico privado y de grupo y de seguro de salud

Instruir y dirigir a _____ compañía de seguros para pagar con un cheque emitido y enviado por correo directamente a

Piedmont Medical Centers of the Carolinas
3029 White Horse RD
Greenville SC 29617

Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al médico, el presente, también instruir y dirigir a hacer el cheque a mí y enviarlo por correo a la dirección antes mencionada para los beneficios de gastos médicos y / o quiropráctica permitidos, y otra manera pagable a mi bajo mi póliza de seguro vigente como forma de pago p hacia la totalidad de los cargos por servicios profesionales prestados. Esto es una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo esta política. Este pago no excederá mi deuda para con el cesionario antes mencionado, y han acordado pagar, de una manera actual, el saldo de dichos cargos de servicios profesionales por encima de este pago del seguro.

Una fotocopia de esta asignación será considerada tan efectiva y válida como el original

Fecha _____ en _____ día de _____ 20____

Firma de tomador del seguro

X _____
Firma de reclamante, si no es el tomador del seguro

con mi firma anterior, el deducible o copago completa sería una dificultad financiera en mí

FOR OFFICE USE ONLY

WITNESS: _____

PI 8

grabando solicitada por:

cuando se registran electrónico a:

Poder notarial de la salud

por este poder:

Yo _____ (En lo sucesivo, "principal") de Piedmont Medical,
condado de Greenville, en el estado de South Carolina, nombrar a
profesional de la salud (en lo sucesivo, "abogado"), como mi abogado verdadero y legal
en los hechos. en el nombre del director, y para los directores de uso y disfrute, dijo el
abogado queda autorizado a:

1. Aprobar cualquier y todos los cheques u otras formas de reembolso a nombre de principal (o miembros de la familia del director) y por las compañías de seguros de salud que se relacionan con el tratamiento médico proporcionado por el abogado de la principal (o miembros de la familia del director) sobre el abogado.
2. Demanda y dirigió todas y cada una las compañías de seguros de salud, durante el curso de director (o miembros de la familia del director) el tratamiento médico con el abogado en casos de lesiones personales o importantes asuntos médicos, para hacer todos los cheques de reembolso para treatment como a pagar al abogado y enviar dicha cheques directamente al abogado.

Este poder especial se ha creado para el beneficio fiscal de garantizar el derecho del abogado al pago de los servicios de salud prestados y será irrevocable durante la duración de los servicios de salud prestados por el abogado del principal derivada de cualquier lesión o importantes condiciones médicas producido o bien por el director o los miembros de la familia principal.

Dar y conceder a dicho abogado el poder y la autoridad para hacer acto de todos y cada uno y de lo que sea requerido y necesario para hacerse con respecto a cualquiera de los anteriores, como plenamente a todos los efectos como principal puede o podría hacer si estuviera personalmente presente.

Todo lo que dijo el abogado legalmente hacer o causar que se realiza bajo la autoridad de este poder está expresamente autorizado.

Fecha: _____, 20__

(Escriba el nombre del principal)

Testigo

Fecha

Polica financiera para heridas personal

Es importante entender que usted es responsable por el pago de los servicios prestados desde nuestra oficina por lesiones en un accidente de automovil o lesiones personales. Hay dos opciones de pago.

1. tender un abogado
2. pagar en efectivo

Acceptamos una forma de asignacion por un abogado y no exigir el pago al momento del servicio solo cuando lo siguiente esta completo

1. una carta de la representacion del abogado
2. copia del reporte de accidente
3. la autorizacion para divulgar informacion
4. firmado medicos gravamen

Si un abogado esta manejando su caso, usted sera tratado por sus lesiones y el pago sera retrasado hasta que su caso sea resuelto. Dea una vez que son liberados de la atencion, todas las notas de los medicos, documentaciones adicionales de los pacientes, y el bill final sera enviado a su abogado para que resuelvan el caso de usted.

Si usted ha contratado a un abogado para manejar su caso y posteriormente, decide despedir a ese abogado, lo siguiente debe ocurrir:

1. informar a Piedmont Medical de su abogado de reemplazo
2. obtener una carta de representacion de el nuevo abogado
3. si no contrata a un abogado, puede pagar despues de 14 dias
4. es nuestra politica de no proporcionar documentaion o el saldo pendiente a un paciente de presentar una reclamacion de responsabilidad civil

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

PI10

PATIENT APPLICATION FORM

WELCOME TO OUR CLINIC. We specialize in assisting our patients to achieve their highest level of health through our spinal and postural corrective programs. Our approach is very unique and advanced from other rehabilitative programs. This allows our patients to achieve far superior results compared to most other systems.

Please fill out the following information thoroughly so the doctor can let you know if you are a case we can accept. Please feel free to ask any questions if you need assistance. We look forward to serving you.

1. **Description of Accident/Injury/Onset**

(Como fue el accidente)

Enter a full description of the accident, injury or onset in the space below.

2. **During and after accident details**

(Que Paso Durante + despues del accidente)

Enter the details of your condition during and after the accident/onset.

Patient Name: _____

Date: _____

Description of Symptoms (Describe your symptoms in the sections below, in the order of severity, if possible.)
I. Current Symptom: (Please check off the boxes below to describe your symptom. Describe only ONE symptom per section.)

1. Check only one body location below

- ☐ Headaches ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Front of Head
☐ Top of Head
☐ Back of Head
☐ Jaw ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Eye ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Neck ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Upper Back ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Mid Back ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Low Back ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Chest ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Abdomen ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Ribs ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Buttocks ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Shoulder ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Upper Arm ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Forearm ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Hand ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Hip ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Leg ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Foot ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ

Other locations: _____

2. Types of pain

- ☐ Dull ☐ Sharp ☐ Aching ☐ Cutting
☐ Throbbing ☐ Burning ☐ Numbing ☐ Tingling ☐ Cramping
☐ Spasm ☐ Stinging ☐ Shooting ☐ Pounding ☐ Constricting

Other types of pain: _____

3. Pain Frequency

- ☐ Up to 1/4 of awake time ☐ 1/4 to 1/2 of time
☐ 1/2 to 3/4 of awake time ☐ Most all the time

4. Pain Intensity (How it affects daily activities)

- ☐ Doesn't affect ☐ Somewhat affects
☐ Seriously affects ☐ Prevents activities

5. Does this pain radiate into other body parts?

- | | Left | Right | Both |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ Head | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Neck | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Shoulder | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Arm | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Hand | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Hip | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Leg | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Foot | ☐ | ☐ | ☐ |

Other locations of radiation: _____

6. Actions affecting this pain

- | | Brings On | Aggravates | Relieves |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ In the A.M. | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ In the P.M. | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Bending forward | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Bending back | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Bending left | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Bending right | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Twisting left | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Twisting right | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Coughing | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Sneezing | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Straining | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Standing | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Sitting | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Lifting | ☐ | ☐ | ☐ |
| Other Actions: | ☐ | ☐ | ☐ |

Date of Onset: _____

How Often: _____ Constant _____ Comes & Goes _____ Upon Mvmt. _____ Time Each Day: _____

Radiates: _____ No / Yes - Where: _____

Ever Before: _____ No / Yes - When: _____

Better/ Worse: _____ B: _____ W: _____

Other Tx / Meds: _____

Notes: _____

II. Current Symptom: (Please check off the boxes below to describe your symptom. Describe only ONE symptom per section.)

1. Check only one body location below

- ☐ Headaches ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Front of Head
☐ Top of Head
☐ Back of Head
☐ Jaw ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Eye ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Neck ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Upper Back ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Mid Back ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Low Back ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Chest ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Abdomen ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Ribs ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Buttocks ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Shoulder ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Upper Arm ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Forearm ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Hand ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Hip ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Leg ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ
☐ Foot ☐ LQ ☐ RQ ☐ BQ

Other locations: _____

2. Types of pain

- ☐ Dull ☐ Sharp ☐ Aching ☐ Cutting
☐ Throbbing ☐ Burning ☐ Numbing ☐ Tingling ☐ Cramping
☐ Spasm ☐ Stinging ☐ Shooting ☐ Pounding ☐ Constricting

Other types of pain: _____

3. Pain Frequency

- ☐ Up to 1/4 of awake time ☐ 1/4 to 1/2 of time
☐ 1/2 to 3/4 of awake time ☐ Most all the time

4. Pain Intensity (How it affects daily activities)

- ☐ Doesn't affect ☐ Somewhat affects
☐ Seriously affects ☐ Prevents activities

5. Does this pain radiate into other body parts?

- | | Left | Right | Both |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ Head | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Neck | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Shoulder | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Arm | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Hand | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Hip | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Leg | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Foot | ☐ | ☐ | ☐ |

Other locations of radiation: _____

6. Actions affecting this pain

- | | Brings On | Aggravates | Relieves |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ In the A.M. | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ In the P.M. | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Bending forward | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Bending back | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Bending left | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Bending right | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Twisting left | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Twisting right | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Coughing | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Sneezing | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Straining | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Standing | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Sitting | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ Lifting | ☐ | ☐ | ☐ |
| Other Actions: | ☐ | ☐ | ☐ |

Date of Onset: _____

How Often: _____ Constant _____ Comes & Goes _____ Upon Mvmt. _____ Time Each Day: _____

Radiates: _____ No / Yes - Where: _____

Ever Before: _____ No / Yes - When: _____

Better/ Worse: _____ B: _____ W: _____

Other Treatment: _____

Notes: _____

NAME: _____

DATE: _____

Activities of Daily Living Assessment

Rate your current difficulties, resulting from your accident/illness, with regard to the various activities listed below. Use the following 1 to 5 scale and WRITE IN THE APPROPRIATE NUMBER that most closely describes your current degree of difficulty.

1 = "I can do it without any difficulty", 2 = "I can do it without much difficulty, despite some pain", 3 = "I manage to do it by myself, despite marked pain", 4 = "I manage to do it, despite the pain, but only if I have help", 5 = "I cannot do it all, because of the pain". Only fill in areas affected.

Difficulties with Self Care and Personal Hygiene Activities

Bathing _____ Drying hair _____ Brushing teeth _____ Putting on shoes _____ Preparing meals _____ Taking out trash _____
 Showering _____ Combing hair _____ Making bed _____ Tying shoes _____ Eating _____ Doing laundry _____
 Washing hair _____ Washing face _____ Putting on shirt _____ Putting on pants _____ Cleaning dishes _____ Going to toilet _____

Difficulties with Physical Activities

Standing _____ Walking _____ Kneeling _____ Bending back _____ Twisting left _____ Leaning back _____
 Sitting _____ Stopping _____ Reaching _____ Bending left _____ Twisting right _____ Leaning left _____
 Reclining _____ Squatting _____ Bending forward _____ Bending right _____ Leaning forward _____ Leaning right _____
 Standing for long periods _____ Sitting for long periods _____ Walking for long periods _____ Kneeling for long periods _____

Difficulties with Functional Activities

Carrying small objects _____ Lifting weights off floor _____ Pushing things while seated _____ Exercising upper body _____
 Carrying large objects _____ Lifting weights off table _____ Pushing things while standing _____ Exercising lower body _____
 Carrying brief case _____ Climbing stairs _____ Pulling things while seated _____ Exercising arms _____
 Carrying large purse _____ Climbing inclines _____ Pulling things while standing _____ Exercising legs _____

Difficulties with Social and Recreational Activities

Bowling _____ Jogging _____ Swimming _____ Ice Skating _____ Competitive Sports _____ Dating _____
 Golfing _____ Dancing _____ Skiing _____ Roller Skating _____ Hobbies _____ Dining out _____

Difficulties with Travelling

Driving a motor vehicle _____ Riding as a passenger in a motor vehicle _____ Riding as a passenger on a train _____
 Driving for long periods of time _____ Riding as a passenger on an airplane _____ Riding as a passenger for long periods _____

Use the following 1 to 5 scale to describe the difficulties below:

1 = "This area is not affected by my condition", 2 = "This area is slightly affected by my condition", 3 = "My condition moderately restricts my ability in this area", 4 = "My condition seriously limits my ability in this area", 5 = "My condition prevents me from using this ability"

Difficulties with Different Forms of Communication

Concentrating _____ Hearing _____ Listening _____ Speaking _____ Reading _____ Writing _____ Using a keyboard _____

Difficulties with the Senses

Seeing _____ Hearing _____ Sense of touch _____ Sense of taste _____ Sense of smell _____

Difficulties with Hand Functions

Grasping _____ Holding _____ Pinching _____ Percussive movements _____ Sensory discrimination _____

Difficulties with Sleep and Sexual Function

Being able to have normal, restful nights sleep _____ Being able to participate in desired sexual activity _____

Write in below any additional information regarding your Activities of Daily Living (that wasn't covered above):

Prior Symptom History**Prior Similar Symptoms**

☐ I have NOT had prior symptoms similar to my current complaints.
☐ My current complaints DID exist before, but had not been bothering me.
☐ My current complaints ALREADY existed and were worsened.

My most recent prior similar symptoms (if applicable) occurred _____
 Write in below any other Prior Symptom History, not covered above:

Has your History Contributed to your Current Symptoms?

☐ My history HAS contributed to my current symptoms.
☐ My history HAS NOT contributed to my current symptoms.
☐ I'm NOT SURE if my history has contributed to my current symptoms.
☐ Months ago / ☐ Years ago OR on Date: ____/____/____

Piedmont Medical Centers of the Carolinas

Información de Accidente

Nombre de Paciente: _____

Fecha: _____

Tipo de Accidente?: Auto

Relacionado al trabajo

Resbalar y caer

Fecha de Accidente: _____

Dirección de Accidente: _____

Descripción of Accidente:

Tenía cinturón de seguridad puesto? Si No Se salieron las bolsas de aire en el carro? Si No

Número de personas adentro Del carro: _____ Conductor o Pasajero? _____

Si pasajero, donde sentado? _____

En el impacto, golpeo el paciente cualquier parte del carro? Y si, cual parte y adonde?

Fue su auto removido de la escena del accidente? Si No

Que es tu vehículo: Marca? _____ Modelo? _____ Año? _____

Moretones o Laceraciones del accidente? _____

El paciente fue tomado al hospital? Si No

Por Ambulancia? Si No

Cual Hospital? _____

Día de visita? _____

Mantenido durante la noche o más largo? Si No

Cuanto tiempo? _____

Tomaron radiographias? Si No

Cuáles? _____

CT scan o MRI Si No

Adonde? _____

Aparatos ortopedicos o soportes

Dado en el hospital?

Cuál? _____

¿Has visto o actualmente viendo un Doctor, Quiropráctico, o fisioterapeuta desde el accidente?

Si No Y si, Quien? _____

¿El paciente tenía alguna discapacidad previa, impedimentos físicos, minusválido, o condiciones médicas previas a este accidente? Si No

Lista

Historia de Salud

¿Quién es su médico general? (Doctor o consultorio) _____

Por favor, marque para indicar si usted está experimentando cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| ☐ Dolor/Rigidez de cuello | ☐ Hormigueo y piquetes de brazos | ☐ La luz Molesta sus ojos | ☐ Pérdida repentina de peso | ☐ Náusea |
| ☐ Dolor/Rigidez de espalda | ☐ Hormigueo y piquetes de piernas | ☐ Depresión | ☐ Pérdida de sabor | ☐ Pies helados |
| ☐ Dolor brazos/manos | ☐ Fatiga | ☐ Nervios | ☐ Pérdida de memoria | ☐ Dolor de pecho |
| ☐ Dolor piernas/rodillas | ☐ Dificultades al dormir | ☐ Tensión | ☐ Problemas de la quijada | ☐ Fiebre |
| ☐ Dolor de cabeza | ☐ Pérdida de olfato | ☐ Diaforesis | ☐ Estreñimiento | ☐ Desmayos |
| ☐ Mareos | ☐ Alergias | ☐ Estomacales | ☐ Respiración corta | |
| ☐ Asma | ☐ Visión borrosa | ☐ Dolores de Noche | ☐ Cambios intestino/vejiga | |

Por favor, marque para indicar si ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes problemas:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| ☐ Sida/VIH | ☐ Cáncer | ☐ Hepatitis | ☐ Osteoporosis | ☐ Cerebrovascular |
| ☐ Alcohólico | ☐ Cataratas | ☐ Hernia | ☐ Marcapasos | ☐ Intento suicidio |
| ☐ Inyección de Alergia | ☐ Dependencia químicas | ☐ Hernia discal | ☐ Parkinson | ☐ Tiroides |
| ☐ Anemia | ☐ Viruela | ☐ Herpes | ☐ Nervio pellizcado | ☐ Amigdalitis |
| ☐ Anorexia | ☐ Diabetes | ☐ Colesterol Alto | ☐ Neumonía | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Apendicitis | ☐ Enfisema | ☐ Enfermedad del riñón | ☐ Polio | ☐ Tumor |
| ☐ Artritis | ☐ Epilepsia | ☐ Enfermo del hígado | ☐ Problemas de próstata | ☐ Fiebre tifoidea |
| ☐ Asma | ☐ Fracturas | ☐ Sarampión | ☐ Prótesis | ☐ Úlceras |
| ☐ Desorden de sangre | ☐ Glaucoma | ☐ Migrañas | ☐ Cuidado de psiquiátrica | ☐ Infección Vaginal |
| ☐ Masa en el seno | ☐ Bocio | ☐ Aborto Involuntario | ☐ Artritis reumatoide | ☐ Infección Venérea |
| ☐ Bronquitis | ☐ Gota | ☐ Esclerosis Múltiple | ☐ Escarlatina | |
| ☐ Bulimia | ☐ Enfermedad del corazón | ☐ Paperas | ☐ Otros _____ | |

¿Está usted actualmente con medicamentos y / o atención médica? ☐ Si ☐ No Si es si explique _____

Liste por favor las medicinas que usted toma actualmente: _____

Liste por favor cualquier cirugía y/o las hospitalizaciones que usted ha tenido (tipo y fecha): _____

Por favor lista todas las alergias: _____

Por favor escriba cualquier suplemento que esté tomando (vitaminas / hierbas / minerales): _____

¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de las siguientes condiciones? (indique miembros de la familia incluyendo padres, abuelos y hermanos)

- | | |
|---|---|
| ☐ Enfermedad del corazón _____ | ☐ Diabetes _____ |
| ☐ Cáncer _____ | ☐ Artritis _____ |
| | ☐ Otros _____ |

¿Hace ejercicios? ☐ Frecuente ☐ Moderado ☐ Ocasionalmente ☐ Ninguno

¿Duerme en su: ☐ Espalda ☐ Lado ☐ Estomago ☐ Utiliza una almohada cervical ☐ Si ☐ No

¿Cuál es su consumo diario/semanal de los siguientes:

Café _____ tazas/ día Alcohol _____ botellas/semanal Cigarros _____ paquete/diario

* Yo certifico que las preguntas anteriores fueron contestadas con precisión. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

Firma (X) _____ Fecha _____

PI13

Cuestionario Neurológico y Vascular del Paciente

Nombre: _____ # Cuenta _____ Fecha _____

1. ¿Tiene debilidad, entumecimiento o ardor en sus hombros, brazos o manos?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
2. ¿Se le adormecen sus manos o sus brazos regularmente?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
3. ¿Tiene pérdida de sensibilidad o hinchazón en sus manos o brazos?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
4. ¿Sufre de dolor de espalda con dolor en su glúteos, piernas, rodillas o pies?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
5. ¿Tiene debilidad, entumecimiento o ardor en sus glúteos, piernas o pies?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
6. ¿Se le adormecen sus piernas o pies regularmente?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
7. ¿Tiene dolores o calambres en sus piernas cuando camina o hace ejercicios pero después cuando descansa se le quita?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
8. ¿Tiene dolor en los dedos de sus pies o en sus pies en la noche?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
9. ¿Tiene pérdida de sensibilidad o hinchazón en sus piernas o pies?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
10. ¿Sufre de manos frías o pies fríos?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
11. ¿Sufre de dolores de cabeza, mareos o pérdida de memoria?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
12. ¿Tiene dificultad para mantener el equilibrio?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
13. ¿Sufre de vértigo o visión borrosa?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
14. ¿Tiene úlceras o llagas en los pies o las piernas que son lentos para sanar?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
15. ¿Ha cambiado su forma de vida debido al dolor de sus piernas?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
16. ¿Tiene problemas en controlar su vejiga o los intestinos con frecuencia?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
17. ¿Fuma? Si es así, con qué frecuencia?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI
18. ¿Tiene dolor crónico en su músculos o coyunturas? Si es así, especifique donde?
Comentario: _____ ☐ NO ☐ SI

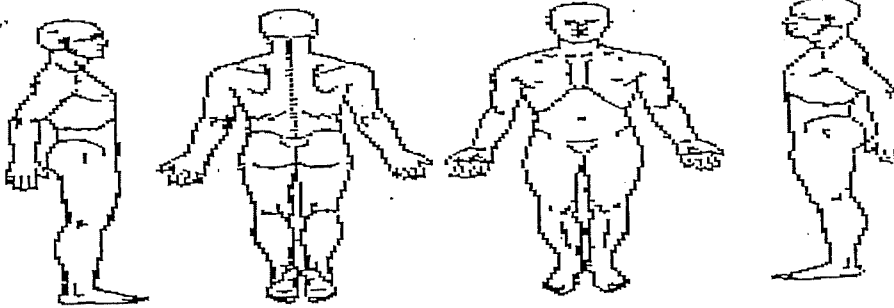
Personal Injury Consultation

Patient Name: _____

Date: _____

Date of Accident: _____

Age: _____



Complaint 1:

How Often? Constant, Intermittent, or only with movement/activity? Which: _____

Type of pain: Ache/Throbbing, Sharp/Stabbing, Stiffness/Tightness, Burning, Muscle Spasms, Cramping, Other: _____

Radiation: Shooting pain: From patients _____ to _____

Numbness, Tingling, Weakness Part of body: _____

Pain level 1(Mild) to 10(Severe): Now _____ At its worst _____ Average _____

Complaint 2:

How Often? Constant, Intermittent, or only with movement/activity? Which: _____

Type of pain: Ache/Throbbing, Sharp/Stabbing, Stiffness/Tightness, Burning, Muscle Spasms, Cramping, Other: _____

Radiation: Shooting pain: From patients _____ to _____

Numbness, Tingling, Weakness Part of body: _____

Pain level 1(Mild) to 10(Severe): Now _____ At its worst _____ Average _____

Complaint 3:

How Often? Constant, Intermittent, or only with movement/activity? Which: _____

Type of pain: Ache/Throbbing, Sharp/Stabbing, Stiffness/Tightness, Burning, Muscle Spasms, Cramping, Other: _____

Radiation: Shooting pain: From patients _____ to _____

Numbness, Tingling, Weakness Part of body: _____

Pain level 1(Mild) to 10(Severe): Now _____ At its worst _____ Average _____

Complaint 4:

How Often? Constant, Intermittent, or only with movement/activity? Which: _____

Type of pain: Ache/Throbbing, Sharp/Stabbing, Stiffness/Tightness, Burning, Muscle Spasms, Cramping, Other: _____

Radiation: Shooting pain: From patients _____ to _____

Numbness, Tingling, Weakness Part of body: _____

Pain level 1(Mild) to 10(Severe): Now _____ At its worst _____ Average _____

Other Complaints: (Headaches _____) (Fatigue _____) (Tension _____) (Mood Swings _____)

Able to work? Yes No Less Productive at work? Yes No

Difficulty: Sleeping, Sitting, Standing, Bending, Lifting, Walking, Twisting and Turning, Reaching,

Housework, Working, Exercising, Other: _____

Reviewed by Provider: _____

[Signature]
LAWA