

Rochester
BRAIN & SPINE
Group PLLC

¡Bienvenidos a nuestra práctica!

**Usted está programado para ser visto en _____ am / pm en
_____ a:**

- **400 Red Creek Drive, Suite 120, Rochester NY 14623**

Por favor llegue alrededor _____ am / pm para registrarse.

Por favor, asegúrese de traer su:

- **Tarjeta (s) de seguro.**
- **Identificación fotográfica**
- **Lista de medicamentos/actualizado**
- **Cualquier copago aplicable.**
- **Paquete de información completado si todavía no se nos ha enviado por correo.**
- **Por favor asegúrese de traer los CD de imágenes que solicitamos que usted obtenga de _____. Si no se obtienen los CD, la cita puede ser reprogramada.**

Por favor, no dude en llamar a la oficina con cualquier pregunta:

585-334-5560

¡Esperamos verte!

Como recordatorio, los niños menores de 18 años no se permiten en las salas de examen y requieren supervisión en todo momento en la sala de espera. Gracias por su cooperación.

Rochester Brain & Spine, Neurocirugía y Tratamiento del Dolor
registro de Pacientes

Por favor complete la siguiente información para ayudarnos mejor servirle. Usted está obligado a llevar cualquier información del seguro, de licencia de conducir o carnet de identidad, así como una copia de los estudios de imagen que han sido completadas. El no traer estos artículos a su cita dará lugar a la reprogramación. Si este formulario se ha enviado por correo por favor regrese en un sobre cerrado 5 días antes de su visita para que su información puede ser procesada.

Paciente _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Carrera _____ etnicidad _____ Idioma _____
Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono de casa () _____ Teléfono móvil () _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo () _____
Dirección _____ ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Contacto de emergencia _____ Relación _____ teléfono () _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Médico de atención primaria _____ Teléfono () _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
* ¿Alguna vez ha tenido una lesión de compensación al trabajador? _____
Alguna vez ha sido involucrado en un accidente de tráfico o MVA? _____

* Si sí a cualquiera de estas preguntas - por favor complete la información de abajo.

Se necesita información de seguros para todos los portadores de seguro

(Por favor complete la información del seguro médico principal o incluso si se trata de un MVA o lesiones de trabajo)

Seguros Primaria de Salud

Portador _____ Número de identificación _____
portador de direcciones _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del suscriptor _____ Suscriptor Fecha de Nacimiento _____
Dirección (Si es diferente del paciente) _____

Seguro de Salud secundaria

Portador _____ Número de identificación _____
portador de direcciones _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del suscriptor _____ Suscriptor Fecha de Nacimiento _____
Dirección (Si es diferente del paciente) _____

Compensación / Información MVA al Trabajador

Compensación al Trabajador _____ MVA _____ Fecha de herida _____
Portador _____ Número de póliza _____
portador de direcciones _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
WCB# _____ Carrier # _____ Trabajador caso _____
Empleador _____ Teléfono () _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Seguros y Tratamiento de autorización y asignación

Por la presente autorizo al Dr. Seth Zeidman y / o su socio para proporcionar tratamiento, así como información de composición de fabricación con respecto a mi enfermedad y el tratamiento de la autorización del seguro. También autorizo a la información anterior a mi médico de familia, médico de referencia, y o cualquier otro centro médico según sea necesario. La información que he proporcionado en este formulario es verdadera. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo co-pago, co-seguro, deducibles o consulta médica no cubierta por la compensación mi compañía de seguros / del obrero o sin culpa. Estoy de acuerdo en pagar dicho equilibrio en el momento oportuno. Si se requiere una intervención quirúrgica, voy a llamar a mi compañía de seguros para la pre-aprobación y determinar cuál sería mi obligación financiera, en su caso.

Firma _____ Fecha _____

Cuestionario del paciente

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑOS: _____
Médico de atención primaria: _____ PROVEEDOR DE REFERENCIA: _____

RAZÓN DE LA VISITA (Un circulo):

NEUROCIRUGÍA: DR.ZEIDMAN DOLOR: DR.TAHIR MEDICINA FÍSICA: DR.AMEDURI

HISTORIA MÉDICA: Diabetes Enfermedad del corazón Alta presión sanguínea Asma
Los coágulos de sangre o trastorno de la coagulación Osteoporosis Cáncer (tipo) _____
Otro: _____

MEDICINA PREVENTIVA:

Última mamografía [fecha y donde se realiza?] _____
Última prueba de Papanicolau [fecha y donde se realiza?] _____

Antecedentes quirúrgicos (Tipo, año, Cirujano): Amigdalectomía Apendectomía Otros colecistectomía:

Espinal / cuello / operaciones de cerebro ANTERIORES (Tipo, año, Cirujano): _____
(La fusión espinal, laminectomía, discectomía, ETC ...)

¿Alguna vez ha tenido radiografías, estudios y / o exámenes neurológicos de la cerebral o espinal? Si no
* Si es así lo que los estudios por imágenes, en las que se completaron y cuándo?

HISTORIA FAMILIAR: POR FAVOR Lista En La Que MIEMBRO DE LA FAMILIA

Cáncer Diabetes Enfermedad del corazón (Tipo) Accidente cerebrovascular Hipertensión
Otro: _____

Lo más reciente ocupación llevó a cabo: _____ **ACTUALMENTE TRABAJANDO:** Si No
RAZÓN: Retirado Discapacitado Otro Última fecha de trabajo _____

HISTORIA SOCIAL

VIVE CON: Esposa sola otro significativo amigo Niños (#) _____

El consumo de nicotina: Corriente Dejar Nunca Paquetes por día _____ Años _____ Salir / Cuando _____

ALCOHOL: Si No Ex Bebidas por día _____

EL CONSUMO DE DROGAS: Si No Ex Sustancia _____

alergias a medicamentos: Si No Por favor enumere _____

Otras alergias: Si No Por favor enumere _____

La alergia al látex: Si No

Los medicamentos actuales

MEDICACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	Razón para tomar	médico que prescribe

CONSTITUCIONAL	GASTROINTESTINAL	NEUROLÓGICO
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> estreñimiento	<input type="checkbox"/> entumecimiento / hormigueo
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> úlceras y gastritis	<input type="checkbox"/> convulsiones
<input type="checkbox"/> escalofríos	<input type="checkbox"/> náuseas	<input type="checkbox"/> debilidad muscular
<input type="checkbox"/> sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> Dificultad o Memoria
<input type="checkbox"/> aumento de peso	<input type="checkbox"/> dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Discurso de dificultad
<input type="checkbox"/> Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> reflujo / indigestión	<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse
<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> incontinencia de heces	<input type="checkbox"/> dolores de cabeza / migrañas
HEENT	RESPIRATORIO	MUSCULOESQUELÉTICO
<input type="checkbox"/> Terrón tiroides	<input type="checkbox"/> la falta de aliento	<input type="checkbox"/> dolor de las articulaciones
<input type="checkbox"/> la dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/> tos crónica	<input type="checkbox"/> el dolor de espalda
<input type="checkbox"/> La pérdida de audición o	<input type="checkbox"/> escupir sangre	<input type="checkbox"/> debilidad muscular
<input type="checkbox"/> el dolor del oído	<input type="checkbox"/> sibilancias	<input type="checkbox"/> debilidad en brazos o piernas
<input type="checkbox"/> zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> bronquitis	<input type="checkbox"/> Dificultad de movilidad
<input type="checkbox"/> dolor sinusal	<input type="checkbox"/> neumonía	<input type="checkbox"/> Alteración del balance
ALERGIAS / INMUNOLOGÍA	PIEL	ENDOCRINO
<input type="checkbox"/> alergias ambientales	<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> sudoración excesiva
<input type="checkbox"/> las alergias alimentarias	<input type="checkbox"/> Sequedad	<input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 1 o 2)
<input type="checkbox"/> látex	<input type="checkbox"/> Las lesiones de la piel o	<input type="checkbox"/> crecimiento anormal de vello
<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> eccema	<input type="checkbox"/> enfermedad de la tiroides
CARDIOVASCULAR	GENITOURINARIAS	PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> dolor de piernas al caminar	<input type="checkbox"/> tenesmo vesical	<input type="checkbox"/> ansiedad
<input type="checkbox"/> Inflamación o manos y pies	<input type="checkbox"/> dolor al orinar	<input type="checkbox"/> depresión
<input type="checkbox"/> el colesterol alto	<input type="checkbox"/> nocturnas micción	<input type="checkbox"/> otro trastorno psiquiátrico
<input type="checkbox"/> dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/> dificultad para dormir
<input type="checkbox"/> latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> los pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/> venas varicosas	<input type="checkbox"/> las piedras de riñón	<input type="checkbox"/> pensamientos homicidas
<input type="checkbox"/> hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/> sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Los cambios de humor
<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> frecuencia de la micción	
<input type="checkbox"/> pulso irregular	<input type="checkbox"/> incontinencia de orina	
<input type="checkbox"/> soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> la disfunción sexual	
OJOS	HEMATOLÓGICA	
<input type="checkbox"/> visión doble	<input type="checkbox"/> contusiones: frecuente o fácilmente	
<input type="checkbox"/> Cambios en la visión	<input type="checkbox"/> Los cortes o que sangran con facilidad	
<input type="checkbox"/> cataratas	<input type="checkbox"/> agrandamiento de los ganglios linfáticos	
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> la anemia	
<input type="checkbox"/> glaucoma	<input type="checkbox"/> coágulos de sangre	

EXAMEN DE DOLOR

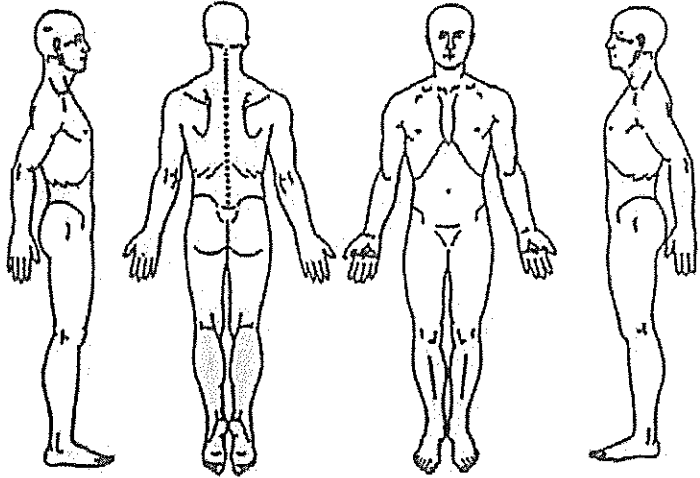
Círcule su severidad promedio de dolor en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor intenso).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Describir el tipo de dolor que está experimentando
(Círculo todo lo que corresponda)

Dolor	Calambre
Entumecimiento	Disparo
Rigidez	Palpitante
Ardiente	Aburrido
Agudo	Puñalada
Hinchazón	Estremecimiento

Otro: _____



** Por favor, sombra en las zonas donde se encuentra su dolor actual. **

¿De qué lado está su dolor en? Lado izquierdo Lado derecho Sección del medio

¿Cuándo empezó?

Por favor describa lo que sucedió:

¿Es constante o intermitente?

¿Hay algo que aporte en el dolor? _____

¿El dolor interfiere con: Trabajo Dormir Rutina diaria Recreación

Otro: _____

No irradie su dolor? Lado derecho o Lado izquierdo? _____

Actividades que exacerbaban el dolor: Sentado En pie Para caminar flexión Acostado

Otro: _____

Lo que hace que su dolor? _____

¿Hay algo más que le gustaría hablar hoy? _____

Los pacientes Firma: _____

Fecha: _____

Evaluación de la capacidad funcional

Nombre _____ DOB _____

¿Alguna vez se utiliza la siguiente (Por favor marque)

Caña	Caminante	Silla de ruedas	muletas	Los aparato ortopédico
dificultad con				
En pie >2 horas	Si	No	Sentado >2 horas	Si No
Para caminar >2 horas	Si	No	Escalera	Si No
El terreno desnivelado	Si	No	rampas	Si No
El conseguir en una camilla	Si	No	Cambio de Posiciones	Si No
Disfunción de la vejiga o el intestino		Si	No	
Disfunción sexual		Si	No	
vestidor problemas / desnudarse		Si	No	

Asistencia de la Vida Diaria (¿Necesita alguien que le ayude en la casa) Si No

En caso afirmativo, por favor explique:

Compras Cocina Limpieza Lavandería

Otro:

Conducción Si No Limitado (explicar):

Fecha anterior funcione:

Con frecuencia se pierda el trabajo debido a una lesión / enfermedad Si No

En caso afirmativo, explique:

Trabajando	Si	No	Horas / día:	restricciones:
Tiempo completo	Si	No		Si No
Medio tiempo	Si	No		Si No
Retirado	Si	No	fecha Jubilado: _____	

Si los hay, ¿cuáles son sus restricciones:

Fecha: _____

Authorization for Release of Health Information (Including Alcohol/Drug Treatment and Mental Health Information) and Confidential HIV/AIDS-related Information

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

Patient Name	Date of Birth	Patient Identification Number
Patient Address		

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form. I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to ALCOHOL and DRUG TREATMENT, MENTAL HEALTH TREATMENT, and CONFIDENTIAL HIV/AIDS-RELATED INFORMATION only if I place my initials on the appropriate line in item 8. In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 8, I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 6.
2. With some exceptions, health information once disclosed may be re-disclosed by the recipient. If I am authorizing the release of HIV/AIDS-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from re-disclosing such information or using the disclosed information for any other purpose without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV/AIDS-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at 1-888-392-3644. This agency is responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the provider listed below in Item 5. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. Signing this authorization is voluntary. I understand that generally my treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditional upon my authorization of this disclosure. However, I do understand that I may be denied treatment in some circumstances if I do not sign this consent.

5. Name and Address of Provider or Entity to Release this Information:										
6. Name and Address of Person(s) to Whom this Information Will Be Disclosed: Phone: (585)334-5560 Fax: (585) 334-5603										
Rochester Brain and Spine Group 400 Red Creek Drive Suite 120 Rochester, NY 14623										
7. Purpose for Release of Information:										
8. Unless previously revoked by me, the specific information below may be disclosed from: _____ until _____ <small style="text-align: center;">INSERT START DATE INSERT EXPIRATION DATE OR EVENT</small>										
<input type="checkbox"/> All health information (written and oral), except:										

For the following to be included, indicate the specific information to be disclosed and initial below.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="padding: 5px;">Information to be Disclosed</th> <th style="padding: 5px;">Initials</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Records from alcohol/drug treatment programs</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Clinical records from mental health programs*</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> HIV/AIDS-related Information</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </tbody> </table>	Information to be Disclosed	Initials	<input type="checkbox"/> Records from alcohol/drug treatment programs		<input type="checkbox"/> Clinical records from mental health programs*		<input type="checkbox"/> HIV/AIDS-related Information		
Information to be Disclosed	Initials									
<input type="checkbox"/> Records from alcohol/drug treatment programs										
<input type="checkbox"/> Clinical records from mental health programs*										
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS-related Information										
9. If not the patient, name of person signing form:	10. Authority to sign on behalf of patient:									

All items on this form have been completed, my questions about this form have been answered and I have been provided a copy of the form.

SIGNATURE OF PATIENT OR REPRESENTATIVE AUTHORIZED BY LAW

DATE

Witness Statement/Signature: I have witnessed the execution of this authorization and state that a copy of the signed authorization was provided to the patient and/or the patient's authorized representative.

STAFF PERSON'S NAME AND TITLE

SIGNATURE

DATE

This form may be used in place of DOH-2557 and has been approved by the NYS Office of Mental Health and NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services to permit release of health information. However, this form does not require health care providers to release health information. Alcohol/drug treatment-related information or confidential HIV-related information released through this form must be accompanied by the required statements regarding prohibition of re-disclosure.

*Note: Information from mental health clinical records may be released pursuant to this authorization to the parties identified herein who have a demonstrable need for the information, provided that the disclosure will not reasonably be expected to be detrimental to the patient or another person.

Rochester Brain & Spine

Cómo llegar a 400 Red Creek Drive, Suite 120, Rochester, NY 14623

Viniendo desde el norte o el oeste:

Tome la ruta 390 sur hasta la salida # 13, Hylan Drive
(Nota: esto es la misma salida como Centro Comercial Mercado)
Gire a la izquierda en Hylan Drive, Tomar hasta el final, Calkins carretera
Girar a la derecha en Camino Calkins
Gire a la izquierda en Red Creek Drive

Desde el este:

Tome la ruta 590 sur hasta la Ruta 390 Sur hasta la salida # 13, Hylan Drive
(Nota: esto es la misma salida como Centro Comercial Mercado)
Gire a la izquierda en Hylan Drive, Tomar hasta el final, Calkins carretera
Girar a la derecha en Camino Calkins
Gire a la izquierda en Red Creek Drive

Desde el sur:

Tome la ruta 390 norte hasta la salida # 13, Hylan Drive
(Nota: este es el mismo resultado que el mercado comercial)
Girar a la derecha en Hylan Drive, Take a extremo, Calkins carretera
Girar a la derecha en Camino Calkins
Gire a la izquierda en Red Creek Drive