



11270 PINES BLVD. PEMBROKE PINES, FL 33026

PH 954.441.7246 FX 954.441.7241

DATOS PERSONALES

FECHA: ____/____/____ NOMBRE: _____

☐ MASCULINO FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ SS#: _____
☐ FEMENINO

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

CASA #: ____-____-____ TRABAJO #: ____-____-____

CELL #: ____-____-____ EMAIL: _____

EMPLEADOR: _____ SU POSICION: _____

ESTADO CIVIL: () Menor () Soltero () Casado () Divorciado () Separado () Viudo

NOMBRE DE SU CONYUGE: _____

LA RAZON DE SU VISITA

LA RAZON DE SU VISITA ES POR CONSECUENCIA DE: __AUTO __ WORK __SPORTS __TRAUMA

POR FAVOR, EXPLIQUE: _____

DESCRIBA EL DOLOR Y DONDE LO SIENTE: _____

CUANDO OCCURIO? ____/____/____ SU MALESTAR HA EMPEORADO? __SI __NO __ES
CONSTANTE__VA Y VIENE

ESTE MALESTAR ESTA INTERFIRIENDO CON: ____TRABAJO ____DORMIR ____RUTINA DIARIA
HA SUFRIDO ESTA CONDICION O ALGO SIMILAR EN EL PASADO? ____SI ____NO

UN MEDICO LO HA TRATADO POR ESTA CONDICION? ____SI ____NO

UN MEDICO LO HA TRATADO POR ESTA CONDICION? __SI __NO

QUE MEDICO? _____



11270 PINES BLVD. PEMBROKE PINES, FL 33026

PH 954.441.7246 FX 954.441.7241

HISTORIA MEDICA

QUE MEDICAMENTOS ESTA TOMANDO?

☐ Analgesicos	☐ Relajantes de Musculos	☐ Estimulantes	☐ Anti-Analgesicos	☐ Insulina
--------------------------------------	---	---------------------------------------	---	-----------------------------------

HA SUFRIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES?

☐ Paro Cardiaco	☐ Dolor de Cabeza	☐ Anemia	☐ SIDA/HIV	☐ Cancer
☐ Abuso Alcohol/Drogas	☐ Desmayos/Epilepsia	☐ Enfermedades Venereas	☐ Problemas de Sinusitis	☐ Hepatitis
☐ Enfermedad del Corazon	☐ Diabetes/Tuberculosis	☐ Herpes Zoster/Culebrilla	☐ Dificultad para Respirar	☐ Valvulas Artificiales
☐ Problemas Renales	☐ Problemas Cuello ☐ Problemas Espalda	☐ Enfisema ☐ Glaucoma	☐ Huesos o coyunturas artificiales	☐ Prolapso de la Valvula Mitral
☐ Presion Arterial Alta/Baja	☐ Cirugia del Corazon/Marca Paso	☐ Problemas Siquiatricos	☐ Murmullo del Corazon	☐ Fiebre Reumatica
☐ Ulceras/Colitis	☐ Asma	☐ Quimioterapia	☐ OTHER:	

ENUMERE OTRAS CONDICIONES QUE TENGA O HAYA TENIDO:

ENUMERE SUS ALERGIAS:

ENUMERE PREVIAS OPERACIONES/TRATAMIENTOS Y FECHA:

ENUMERE ACIDENTES SERIOS, Y FECHAS:

HISTORIA MEDICA FAMILAR: _____

FUMA ☐ SI ☐ NO

DIETA ESPECIAL? ☐ SI ☐ NO

EJERCICIOS ☐ SI ☐ NO

PARA MUJERES: ESTA EMBARAZADA? ☐ SI ☐ NO



1 1270 PINES BLVD. PEMBROKE PINES, FL 33026

PH 954.441.7246 FX 954.441.7241

ACIDENTE

FECHA Y HORA DEL ACIDENTE: _____ ☐AM ☐PM

REPORTO EL ACIDENTE? ☐YES ☐NO TESTIGOS? ☐YES ☐NO

NOMBRE Y LOCALIZACION DEL ACIDENTE Y DETALLES DE LA CAIDA: _____

DESPUES DE LA LESION

CAYO USTED INCONSIENTE? ☐SI ☐NO SI RESPONDIO SI, POR CUANTO TIEMPO? _____

DESCRIBA COMO SE SINTIO INMEDIATAMENTE DESPUES DEL ACIDENTE: _____

FUE USTED AL HOSPITAL DESPUES DEL ACIDENTE? ☐SI ☐NO HOSPITAL? _____

CUANDO FUE? ☐DESPUES DEL ACIDENTE ☐AL PROXIMO DIA ☐DESPUES DE 2 DIAS

COMO LLEGO AL HOSPITAL? ☐AMBULANCIA ☐TRANSPORTE PARTICULAR

RADIOGRAFIAS? ☐SI ☐NO PRECIBIERON MEDICAMENTOS? ☐SI ☐NO HA PODIDO TRABAJAR ? ☐SI ☐NO

INDIQUE ☒ LOS SINTOMAS QUE HAN RESULTADO DE ESTE ACIDENTE:

INDIQUE EL NIVEL DE DOLOR CUANDO HACE ALGUNA DE LA SIGUIENTES ACTIVIDADES:

☐ Vertigo	☐ Dolor de Piernas	☐ Dolor De Cuello	☐ Dolor de Pecho	
☐ Nauseas	☐ Malestar de Estomago	☐ Timbre en los Oidos	☐ Respiracion Corta	
☐ Dolor Brazos/Hombros	☐ Insomnio	☐ Pies/Dedos Insensibles	☐ Cuello Rigido	
☐ Fatiga	☐ Dolor de Espalda	☐ Problema de la Mandibula	☐ Desmemoriado	
☐ Vision Borrosa	☐ Dedos/Manos Insensibles	☐ Irritabilidad	☐ Dolor de la espalda baja	
☐ Zumbido en los Oidos	☐ Tension	☐ Dolor de Cabeza	☐ Otros:	
		COMODO	INCOMODO	DOLOROSO



11270 PINES BLVD. PEMBROKE PINES, FL 33026

PH 954.441.7246 FX 954.441.7241

Acostado Boca Arriba	☐	☐	☐
Acostado De Lado	☐	☐	☐
Acostado Boca Abajo	☐	☐	☐
Sentado	☐	☐	☐
Parado	☐	☐	☐
Estirandose	☐	☐	☐
Caminando	☐	☐	☐
Corriendo	☐	☐	☐
Deportes	☐	☐	☐
Trabajando	☐	☐	☐
Levantando Algo	☐	☐	☐

PARA PODER EVALUAR EL EFECTO QUE REGRESAR A SU TRABAJO LE CAUSARIA A SU RECUPERACION, POR FAVOR RESPONDA A ESTAS PREGUNTAS:

☐ ESTA DE PIE	☐ ESCRIBE A MAQUINA
☐ GIRA SU CUERPO	☐ USA MAQUINARIA
☐ LEVANTA	☐ ESTA SENTADO
☐ CONDUCE	☐ CAMINA
☐ TRAB CON MANOS ELEVADAS	☐ AGACHADO

Cuántas horas al día trabaja? _____

Trabaja con personas que puedan ayudarle levantar cosas pesadas? ____S ____N

Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y tratamiento. Además, autorizo al proveedor, o otra agencia de salud, suplir cualquier información requerida para procesar el seguro. Tengo pleno conocimiento de la información anterior y garantizo que es completa y correcta en mi entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Firma: _____ Fecha: _____



11270 PINES BLVD. PEMBROKE PINES, FL 33026

PH 954.441.7246 FX 954.441.7241

AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT

I the undersigned, patient in this office hereby authorize **Multi Care Medical** and/or the physicians of **Multi Care Medical** (and whomever they designate as their assistants) to administer such treatments as is necessary and to perform the following therapy and manipulation and such additional therapy or procedures as are considered therapeutically necessary on the basis of findings during the course of said treatment.

I hereby certify that I have read and fully understand the above Authorization for Medical Treatment, the reason why the above-named treatment is considered necessary, its advantages and possible complications, if any as well as possible alternative modes of treatment which are explained to me by **Multi Care Medical** and/or the physicians of **Multi Care Medical**.

I also certify that no guarantee or assurance has been made as to the result that may be obtained.

Date: _____

Signed: _____

Witness: _____

Patient's Name: _____



11270 PINES BLVD. PEMBROKE PINES, FL 33026

PH 954.441.7246 FX 954.441.7241

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT

I understand that, under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from third-party payers.
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I have received, read and understand your **Notice of Privacy Practices** containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change its **Notice of Privacy Practices** from time to time and that I may contact this organization at any time at the address above to obtain a current copy of the **Notice of Privacy Practices**.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclose to carry out treatment, payment or health care operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

Patient Name: _____

Relationship to Patient: _____ Self _____ Other _____

Signature: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY

WITNESS: _____