



**Regenetics Health
Institute, PA**

Carlos J. Placer Larrauri, M.D.
American Board Physical Medicine & Rehabilitation

Registración de Paciente Nuevo

Nombre:		Fecha:	
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fec. Nac.:	SS #:	
dirección física:			
Ciudad:	Esd.	Codigo Postal:	
# Telefono casa:	Celular:	# Fax:	
Corero Electronico:			
Empleador:		# Telefono:	
: Contacto de Emergencia:		#Telefono:	

Información Médica

¿Tiene representación legal? Si O No, Nombre?	
¿Eres diestra(o) o zurda(o)? R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	
Fecha de la accidente:	Chief Complaint:
Explique en gran detalle cómo ocurrió el accidente o cómo comenzó su dolor:	



Name:	
Today's Date:	When did your pain start?

<p>➤ Where is your pain located?</p> <p style="text-align: center;">Rate your Pain 1-10</p> <p style="text-align: center;">Check: Circle:</p> <p><input type="checkbox"/> Low Back__ Left or Right__</p> <p><input type="checkbox"/> Mid Back__ Left or Right__</p> <p><input type="checkbox"/> Neck __ Left or Right__</p> <p><input type="checkbox"/> Shoulder __ Left or Right__</p> <p><input type="checkbox"/> Arm __ Left or Right__</p> <p><input type="checkbox"/> Wrist & Hand __</p> <p><input type="checkbox"/> Hip __</p> <p>Do Not forget to RATE your pain above _____</p> <hr/> <p>➤ When is your pain the worst?</p> <p style="text-align: center;">Check all that apply:</p> <p><input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Daytime</p> <p><input type="checkbox"/> Evening <input type="checkbox"/> Night</p> <p>➤ What makes the pain better?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>➤ What makes the pain worse?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">Can you describe your pain?</p> <p style="text-align: center;">Check all that apply:</p> <p><input type="checkbox"/> Aching <input type="checkbox"/> Burning</p> <p><input type="checkbox"/> Constant <input type="checkbox"/> Intermittent</p> <p><input type="checkbox"/> Deep <input type="checkbox"/> Dull</p> <p><input type="checkbox"/> Improving <input type="checkbox"/> Increasing</p> <p><input type="checkbox"/> Numbness <input type="checkbox"/> Shooting</p> <p><input type="checkbox"/> Pinching <input type="checkbox"/> Pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp <input type="checkbox"/> Stabbing</p> <p><input type="checkbox"/> Stiffness <input type="checkbox"/> Tender</p> <p><input type="checkbox"/> Throbbing <input type="checkbox"/> Tingling</p> <p><input type="checkbox"/> On and Off <input type="checkbox"/> Localized</p> <p><input type="checkbox"/> Radiation (To: _____)</p> <p>➤ Restrictions:</p> <p>Are you currently working? Y / N</p> <p>Occupation</p> <p>Full Duty <input type="checkbox"/> Light Duty</p> <p><input type="checkbox"/> W / Restrictions</p> <p><input type="checkbox"/> W / O Restrictions</p> <p>➤ Have you been placed at MMI? If so, when</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">Functional activity</p> <p style="text-align: center;"><i>Please check and circle all that apply</i></p> <p><input type="checkbox"/> Bend 15min. 20min. 30min. >40min.</p> <p><input type="checkbox"/> Carry 5 lbs. 10lbs. 20lbs. 30lbs. >40lbs.</p> <p><input type="checkbox"/> Climb 15min. 20min. 30min. >40min.</p> <p><input type="checkbox"/> Grasp 5 lbs. 10lbs. 20lbs. 30lbs. >40lbs.</p> <p><input type="checkbox"/> Kneel 15min. 20min. 30min. >40min.</p> <p><input type="checkbox"/> Lift-floor >Waist 5 lbs. 10lbs. 20lbs. 30lbs. >40lbs.</p> <p><input type="checkbox"/> Lift-waist >Overhead 5 lbs. 10lbs. 20lbs. 30lbs. >40lbs.</p> <p><input type="checkbox"/> Pull 5 lbs. 10lbs. 20lbs. 30lbs. >40lbs.</p> <p><input type="checkbox"/> Push 5 lbs. 10lbs. 20lbs. 30lbs. >40lbs.</p> <p><input type="checkbox"/> Sit 15min. 20min. 30min. >40min.</p> <p><input type="checkbox"/> Stand 15min. 20min. 30min. >40min.</p> <p><input type="checkbox"/> Walk List Allergies: _____</p>
---	--	---

Physicians Notes:



En que calle estabas?	Vehículo del paciente:	Vehículo culpable:
¿Llevabas puesto el cinturón de seguridad?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Llamaron a la policía??		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Te llevaron al hospital? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, Cuál?	
¿Se podía conducir el automóvil o remolcarlo de la escena? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Cuándo empezaste a sentir dolor?		
¿Conoces la estimación del daño a tu vehículo?		
¿Hubo algún despliegue de bolsas de aire?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Visitó a un médico primario o quiropráctico?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Accidentes previos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En que año? _____	
¿Se resolvió su caso?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Tienes dolor residual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿dónde está ubicado?? _____	
Historia de lesiones ocupacionales:		

HISTORIA SOCIAL	
Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>	# de Hijos _____
Usted fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día?? _____	
Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/> No	Cuanto? _____ bebedor social _____
¿Usas drogas recreativas? _____	
Historial de Familia:	
por favor marque: Padre Vivo / Fallecido (Causa de fallecimiento) _____	
por favor marque: Madre Viva / Fallecida (Causa de fallecimiento) _____	
# de hermanos o hermanas _____ # de hijos varones _____ \ Hembras _____	
Lista actual de medicamentos:	
1. _____	2. _____ 3. _____
4. _____	5. _____ 6. _____



Regenetics Health Institute, PA

Carlos J. Placer Larrauri, M.D.
American Board Physical Medicine & Rehabilitation

Medical History

Lista de evaluaciones de médicos:
Lista de tratamientos recibidos y fechas:

Indique qué pruebas de diagnóstico ha tenido para evaluar las afecciones médicas que está experimentando hoy.

	Date		Date		Date
Radiografía regular		C.T, Escanear		MRI	
Bone Scan		Arthrogram		Estudio del sueño	
Myelogram		EMG/NCV		Other	

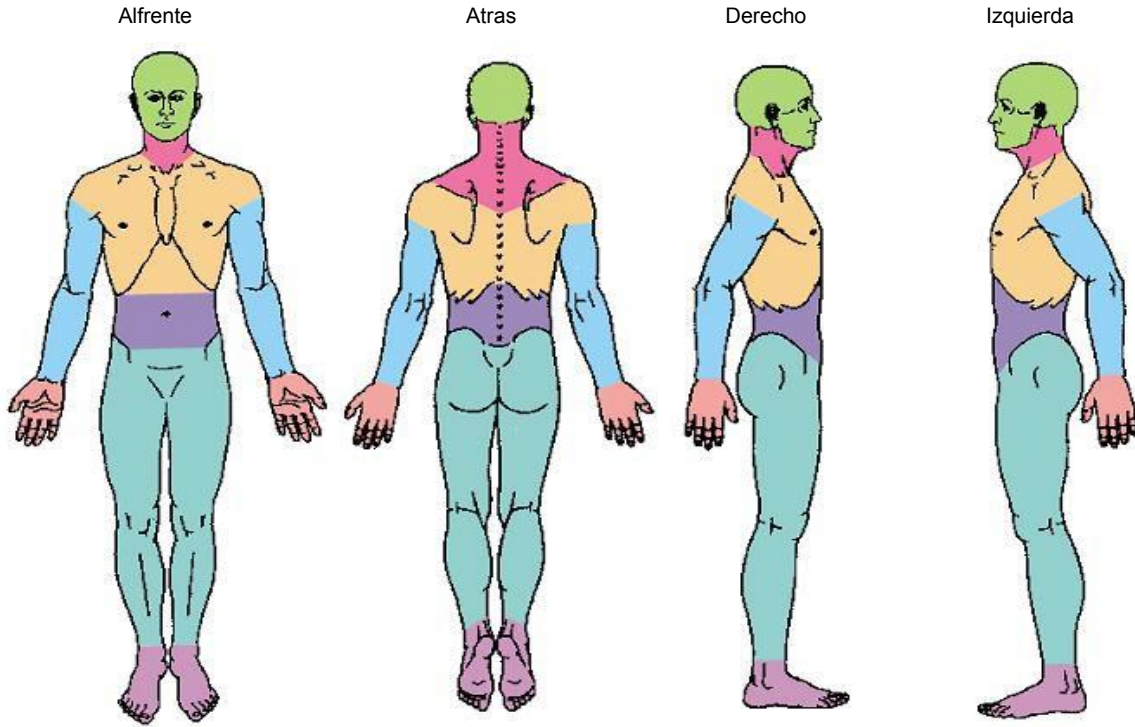
Please **Circle** the Medication that you currently take for pain

Advil	Aspirin	Skelaxin	Codeine	Robaxin	Demerol
Dilaudid	Duragesic	Valium	Toradol	Vicodin	Fioricet
Flexeril	Xanax	Klonopin	Lorcet	Lortabs	Methadone
Tylenol #3	Naprosyn	Neurontin	Norflex	Oxycodone	Oxycontin
Soma	Percocet	Ultram	Prosac	Relafen	
Others:					



Diagrama de dolor

Por favor circule el área donde se encuentra su dolor



Por favor enumere **TODAS** las condiciones médicas:

Por favor enumere todas las cirugías:

Examen médico (uso exclusivo en el consultorio)



Autorización para la divulgación de registros médicos

Yo _____ por la presente autorizo Regenetics Health Institute, P.A. para solicitar y divulgar toda la información (incluidos todos los informes médicos, informes de diagnóstico, notas de fisioterapia, estudios de informes de EMG, registros de inyección de puntos gatillo, recetas y libros de contabilidad de pacientes) con respecto a mi tratamiento médico y diagnóstico, al Doctor / Abogado / Clínica / Hospital y / o centro médico.

- Todos los informes de imágenes
- Informes de evaluación médica
- Notas de fisioterapia
- Visitas al hospital / Resumen de alta / Historia y física
- Consultas
- Todos los registros médicos

Fecha: ____ - ____ - ____

Nombre de la instalación: _____ Dirección: _____

Telefono: () _____ Fax: () _____

Nombre del paciente: _____ Ultimo 4 de SS# _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Válida desde: _____ Fecha final: _____

Se requiere la autorización expresa del paciente para divulgar ciertos tipos de registros, incluido el tratamiento e información sobre el abuso de alcohol y / o drogas, las pruebas y el tratamiento del VIH y el tratamiento psiquiátrico. Para autorizar la divulgación de esta información, lea y firme lo siguiente:

I _____, autorizo la divulgación de tratamiento e información de abuso de alcohol y / o drogas. La confidencialidad está protegida por el Estatuto de Florida 397.053 y 396.112 y la Ley Federal de Abuso de Alcohol y Drogas. Autorizo la divulgación de los resultados de las pruebas de VIH y / o información sobre el tratamiento del VIH, y condiciones relacionadas. La confidencialidad está protegida por el Estatuto de Florida 381.609 (2). Autorizo la divulgación de información psiquiátrica. La confidencialidad está protegida por el Estatuto FL 394.459 (g).

Firma del paciente:

Consentimiento del paciente para fotografía para registros electrónicos de salud

Nombre del paciente: _____

Doy mi consentimiento para que me hagan fotografías médicas. Entiendo que la información puede ser utilizada en mi registro médico.

Doy mi consentimiento para que estas fotografías se usen con el único propósito de identificar registros médicos.

Acepto el uso de mi imagen SOLO con el propósito de registros médicos.

Consentimiento para tratamiento médico

COMPARTIR / DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a Regenetics Health Institute P.A. para compartir, divulgar o divulgar información médica sobre mí a mi compañía de seguros o cualquier otra entidad autorizada involucrada en mi atención médica de acuerdo con las disposiciones de HIPAA (es decir, relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica). Además, autorizo a la Práctica a obtener acceso a registros médicos con información relevante para mi tratamiento de cualquiera y todos los demás proveedores de atención médica, incluidos, entre otros, hospitales, laboratorios, médicos y otros.

TRATAMIENTO

Además, autorizo y doy mi consentimiento para que los médicos de la Práctica y sus asistentes y otro personal profesional de la Práctica me brinden tratamiento médico ambulatorio, suministros, servicios, inyecciones de puntos gatillo, inyecciones epidurales de esteroides (ESI) y otros artículos relacionados con mi atención médica, según se considere necesario. en su juicio profesional. He sido informado de la naturaleza y el propósito del tratamiento, y los posibles efectos secundarios comunes del mismo, así como las modalidades de tratamiento alternativas, la duración aproximada estimada de mi atención médica y que puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento por vía oral o en escribir ya sea antes o durante el período de tratamiento anticipado.

Formulario de reconocimiento de privacidad

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo..

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Witness Signature: _____ **Date:** _____



RELEASE OF PATIENT INFORMATION

TO: Regenetics Health Institute, P.A.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento _____ # seguro social: _____

Dirección :

Solicito expresamente que el custodio de registros designado de todas las entidades cubiertas bajo HIPAA identificado anteriormente divulgue mi información médica protegida completa y completa a

(Nombre de la (s) persona (s) a quienes autoriza a divulgar registros)	(Relación)
_____	_____
_____	_____

Esta divulgación debe incluir:

- Notas de oficina
- Tratamientos para pacientes hospitalizados, ambulatorios y en salas de emergencia.
- Registros de laboratorio y muestras, registros de radiología.
- Registros de recetas e información de medicamentos relacionados con dichos registros.
- Registros de facturación, incluyendo declaraciones, formularios de reclamo de seguro y declaraciones de beneficios.

para el periodo _____ a _____.

Cualquier facsímil, copia o fotocopia de la autorización lo autorizará a liberar los registros solicitados en este documento.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



Regenetics Health Institute, PA

Carlos J. Placer Larrauri, M.D.
American Board Physical Medicine & Rehabilitation

Assignment of Benefits

I hereby assign all rights, title, and interest from any and all automobile, health, or casualty insurance which provides medical benefits or no fault benefits to **Regenetics Health Institute, P.A.** (Assignee). I hereby authorize the insurance company to pay directly to assignee the amount of current, future bills for services rendered on my behalf and to release any requested information that is pertinent to my case to my legal representative and insurance company.

Assignment of Cause Action

In the event my insurance company fails to pay or refusing to make timely, accurate payments to the assignee (**Regenetics Health Institute, P.A.**), I authorize the assignee (**Regenetics Health Institute, P.A.**) to prosecute said cause of action in my name or the assignees (**Regenetics Health Institute, P.A.**) name and further authorize assignee (**Regenetics Health Institute, P.A.**) to compromise, settle, and resolve said action as they see fit.

Direction of Payment

I hereby authorize and direct you, my insurance company / my attorney to pay directly to **Regenetics Health Institute, P.A.** (assignee) such sums as maybe due and owing assignee (**Regenetics Health Institute, P.A.**) for service rendered on my behalf both by reason of accident or illness.

I also agree to pay in a current manner any differences between the total charges and the amount paid by the insurance company directly to the assignee (**Regenetics Health Institute, P.A.**). I agree to pay any applicable deductible or copayment not covered by the insurance. In the event that I don't carry insurance coverage, I am fully responsible for payment for services rendered.

PIP Log Request

I hereby authorize the assignee (**Regenetics Health Institute, P.A.**) to request a copy of the current insurance policy, declaration page, and PIP log. I hereby authorize the assignee (Regenetics Health Institute, P.A.) to periodically request a copy of my PIP log as they deem necessary.

Reservation of Benefits

Please be advised that I am hereby placing you on notice pursuant to Florida case law that should the insurance company / carrier deny, reduce, or fail to pay any part or an entire bill that was duly timely billed, on my behalf from **Regenetics Health Institute, P.A.** (assignee) I am requesting that you reserve, hold aside, the same amount until this dispute is resolved. Should the remaining amount of benefits approach an amount that would be deemed insufficient or an exhaustion of benefits; please notify the assignee (**Regenetics Health Institute, P.A.**) promptly.

Severability Clause

If any term of this assignment or application thereof to any person or circumstances shall be determined to be invalid or unenforceable, the remainder of this assignment shall not be affected thereby and each term and provision of assignment, lien, and authorization shall be valid and enforced to the fullest extent of the law.

Effective January 1, 2020

All copays, deductibles, and Co-insurance are due at the time of your visit. Please make sure that you have your payment at the time of your visit, or your appointment will be rescheduled.

Initial _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre impreso _____



(407) 483-4079



7806 LAKE UNDERHILL ROAD.
STE 106 ORLANDO, FLORIDA



988 E. OSCEOLA PARKWAY,
KISSIMMEE, FLORIDA