1425 Viscaya Parkway, Suite 203
Cape Coral, FL 33990
PH: (239) 236-5570 | FX: (239) 236-5570

# PATIENT INTAKE FORM

Multi-Care Medical "Of SW Florida"

## DATOS DEMOGRÁFICOS E HISTORIAL DEL PACIENTE:

**Nombre** : _____ **Fecha**: _____

**Fecha De Nacimiento:** _____ **Edad:** _____ **Sexo**: ☐ Masculino ☐ Feminino **SS#:** _____

**Direccion**: _____ **Ciudad/Estado/ZIP**: _____

**Teléfono#**: _____ **Correo electrónico**: _____@_____ ._____

☐ **Autorizo recibir correos electrónicos/mensajes de texto para recordatorios de citas y salud general de esta oficina**

**Estado Civil**: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo

**Nombre De Su Cónyuge**: _____ **Teléfono del Cónyuge**: _____

**Farmacia:** _____ **Teléfono #:** _____

**Nombre del contacto de emergencia**: _____ **Relación**: _____ **Teléfono**: _____

☐ **Si un familiar o amigo pide hablar contigo, podemos decirle que estás aquí**

**Estoy tomando:** ☐ Medicamentos para la presión arterial ☐ Aspirina
☐ Relajantes musculares ☐ Anticoagulantes

**¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes síntomas?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Ataque cardíaco/derrame cerebral | ☐ Cirugía cardíaca/marcapasos | ☐ Cardiopatía | ☐ Abuso de alcohol |
| ☐ Abuso de drogas | ☐ Herpes | ☐ Cáncer | ☐ Enfermedad venérea |
| ☐ Problemas sinusales | ☐ Problemas respiratorios | ☐ VIH/SIDA | ☐ Problemas renales |
| ☐ Diabetes | ☐ Glaucoma | ☐ Artritis | ☐ Anemia |
| ☐ Desmayos / Convulsiones | ☐ Presión arterial alta/baja | ☐Hepatitis | ☐ Asma |
| ☐ Úlcera/colitis | ☐ Problemas psiquiátricos | ☐Otro: | |

**¿Tienes algún metal en tu cuerpo?** ☐ No ☐ Si, tengo: _____

**Condición(es) médica(s):**_____

**Alergias:** _____

**Enumere cirugías/tratamientos anteriores con fechas:** _____

_____

**Enumere todos los accidentes graves pasados con fechas:**_____

_____

**Antecedentes de salud familiar (cáncer, presión arterial alta, enfermedad cardíaca, etc.):**_____

**¿Tomas suplementos o vitaminas?** ☐ Si ☐ No **¿Haces ejercicio?** ☐ Si ☐ No

**¿Estás siguiendo una dieta especial?** ☐ Si ☐ No **¿Fuma usted?** ☐ Si ☐ No

**Para mujeres: ¿Estás embarazada?**☐ Si ☐ No **último ciclo menstrual:** _____

**MOTIVO DE LA VISITA DE HOY:**

☐ Accidente Automovilístico ☐ Resbalones y caídas ***Si fue un accidente, asegúrese de completar la sección Información del accidente a continuación***

☐ Trabajar ☐Deportes ☐ Crónico

**¿Estas experimentando dolor?** ☐ Si ☐ No **Fecha en que comenzó el dolor: _____**

**¿El dolor está empeorando?** ☐ Si ☐ No **El dolor es:** ☐ Constante ☐ Va y viene

**INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE: fecha del accidente: _____ @ ___:___ ☐ AM ☐ PM**

**Yo era el:** ☐ Conductor ☐ Pasajero delantero ☐ Pasajero trasero

**¿Número de personas en el vehículo?____** **¿La policía vino al lugar del incidente?** ☐ Si ☐ No

**¿Hay un informe policial?** ☐ Si ☐ No **¿Llevabas puesto el cinturón de seguridad?** ☐ Si ☐ No

**¿Testigos?**☐ Si ☐ No **¿Se desplegaron los airbags?** ☐ Si ☐ No

**¿Quién fue citado?:**☐ Ser ☐ Otro

**En relación a su cráneo, el reposacabezas era:** ☐ Arriba ☐ Abajo ☐ En la base del cráneo

**¿Qué impacto tuviste?** ☐ Otro vehiculo ☐ Otro: _____

**¿Alguna parte del cuerpo golpeó el vehículo?** _____

**¿Marca/modelo del vehículo que usted ocupaba?** _____

**¿Nombre de la calle por la que viajabas?**_____

**En que dirección se dirijia usted?** : ☐ Norte ☐ Sur ☐ Este ☐ Oeste - A (velocidad)_____ MPH.

**El impacto vino de:** ☐ De Frente ☐ Trasero ☐ Lado izquierdo ☐ Lado derecho

**Durante el impacto usted estaba mirando a su:** ☐ Norte ☐ Sur ☐ Este ☐ Oeste

**Tu eras** ☐ Consciente del impacto antes de que ocurriera ☐ Sorprendido por el impacto

**¿Cuál era la marca/modelo del otro vehículo?**_____

**Ellos se dirigían:** ☐ Norte ☐ Sur ☐ Este ☐ Oeste A (velocidad)_____ MPH

**Describa el accidente en detalle:**_____

_____

_____

**¿Quedaste inconsciente?**☐ No ☐ Sí, ¿por cuánto tiempo?_____

**Describa cómo se sintió después del accidente:** _____

**¿Hospital?**☐ Si ☐ No

**¿Ambulancia?**☐ No ☐ Si (¿dónde?)_____

**¿Cuando fuiste?** ☐ despues del accidente ☐ dia siguiente ☐ 2+ días

**¿Hiciste alguna toma de imágenes?** ☐ rayos x ☐ tomografías computarizadas ☐ resonancias magnéticas

**CUÉNTANOS SOBRE TU DOLOR:**

☐ **Vertigo** ☐ **Dolor/rigidez de cuello** ☐ **Dolor de codo __ L __ R**
☐ **Pérdida de memoria** ☐ **Dolor en el pecho** ☐ **Dolor de muñeca/mano __ L __ R**
☐ **dolores de cabeza** ☐ **Dolor de espalda superior** ☐ **dolor de pierna __ L __ R**
☐ **Nauseas** ☐ **Dolor de espalda media** ☐ **dolor de rodilla __ L __ R**
☐ **Visión borrosa** ☐ **Dolor de espalda baja** ☐ **Dolor de pie/tobillo __ L __ R**
☐ **Zumbido / pitido en el oído __L __R** ☐ **Entumecimiento en el brazo, las manos y los dedos**
☐ **Dolor de hombro __ L __ R** ☐ **Piernas/pies entumecidos __ L __ R**

☐ **Otro: _____**

**Empleador:_____ Ocupación: _____**

**¿Su dolor interfiere con:** ☐ Trabajar ☐ Dormir ☐ Rutina diaria

**¿Ha tenido usted una condición similar en el pasado?** ☐ Si ☐ No

**¿Alguna vez ha sido tratado por un médico?**☐ Si ☐ No

**¿Alguna vez has sido tratado por un quiropráctico?**☐ Si ☐ No **¿Quien?**_____

**¿Has podido trabajar?**☐ Si ☐ No **¿Cuanto tiempo dura un dia laboral?** _____

**¿Se ha visto afectado su trabajo desde el accidente?**☐ Si ☐ No

**Mientras está en recuperación, ¿hay algún trabajo liviano que pueda solicitar?** ☐ Si ☐ No

**Para evaluar el efecto que tendrá continuar trabajando en su recuperación, complete:**

☐ **De pie** ☐ **Conduciendo** ☐ **Operar equipo** ☐ **Sesión** ☐ **Retortijón**
☐ **Caminando** ☐ **Arrastrándose** ☐ **trabajar con brazos** ☐ **Levantamiento** ☐ **Doblar**
☐ **Cargado de espaldas** ☐ **Otro: _____**

**Indique su grado de comodidad al realizar las siguientes actividades:**

| Actividad | Cómodo | Incómodo | Doloroso | N/A |
|---|---|---|---|---|
| **Acostado boca arriba** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Acostado de lado** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Acostado boca abajo** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Durmiendo sentado** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **De pie** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Caminando** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Corrienado** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Deportes** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Trabajando** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Levantamiento** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Autorizo al personal a realizar cualquier servicio necesario durante el diagnóstico y el tratamiento. También autorizo al proveedor o a la organización de atención médica administrada a divulgar cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. Entiendo la información anterior y garantizo que este formulario se completó correctamente según mi leal saber y entender, y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en la información que he proporcionado*

FIRMA: _____ FECHA: _____

TESTIGO: _____

## Autorización para tratamiento médico

E, el abajo firmante, paciente de esta oficina, por la presente autorizo a **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA** y/o a los médicos de **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA** (y a quienes ellos designen como sus asistentes) a administrar los tratamientos que sean necesarios y a realizar la siguiente terapia y manipulación, así como cualquier terapia o procedimiento adicional que se considere terapéuticamente necesario según los hallazgos durante el curso de dicho tratamiento.

Por la presente certifico que he leído y comprendido completamente la Autorización de Tratamiento Médico anterior, el motivo por el cual dicho tratamiento se considera necesario, sus ventajas y posibles complicaciones, si las hubiera, así como las posibles alternativas de tratamiento que me han explicado **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA** y/o los médicos de **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA**.

También certifico que no se ha ofrecido ninguna garantía ni seguridad en cuanto al resultado que pueda obtenerse.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Testigo: _____

## Autorización para información médica

La autorización o fotocopia del presente documento le autoriza a proporcionar toda la información que tenga sobre mi condición mientras esté bajo su observación o tratamiento, incluyendo el historial médico, los hallazgos radiográficos y físicos, el diagnóstico y el pronóstico. Está autorizado a proporcionar esta información de acuerdo con la póliza de seguro de auto "SIN CULPA" de Florida.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

## Autorización para información sobre sueldos y salarios

La autorización o fotocopia del presente documento le autoriza a proporcionar toda la información que tenga sobre mi sueldo o salario. Está autorizado a proporcionar esta información de conformidad con la Ley de Seguros de Automóvil "SIN CULPA" de Florida (Statute 71.252F.5).

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Seguridad social #: _____

**CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DAÑAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O PRESENTE UNA DECLARACIÓN O RECLAMO QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE DE TERCER GRADO.**

## Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y comprendido su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad ocasionalmente y que puedo contactarla en cualquier momento a la dirección indicada anteriormente para obtener una copia actualizada del mismo.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinjan el uso o la divulgación de mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar las restricciones que solicito, pero si las aceptan, están obligados a cumplirlas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Testigo: _____

ACUERDO IRREVOCABLE DE PAGO DIFERIDO

Yo, _____, por la presente autorizo a **Multi-Care Medical, LLC.** ("Proveedor") a **posponer, a su entera discreción, la exigencia de pago por los servicios prestados.** Entiendo que dicha postergación **puede ser otorgada, modificada o revocada en cualquier momento y por cualquier motivo.**

No obstante cualquier aplazamiento, reconozco y acepto que **sigo siendo personal y totalmente responsable de todos los cargos y honorarios por los servicios prestados** por Multi-Care Medical, LLC. y/o sus proveedores.

Este acuerdo se realiza únicamente **como una cortesía y para ofrecer flexibilidad en los plazos de pago**, y **NO me libera de la responsabilidad financiera** por dichos servicios.

Asimismo, acepto que, en caso de **incumplir con el pago del monto exigido en la fecha correspondiente**, seré responsable de **todos los honorarios razonables de abogados, costos de cobranza y gastos** en que incurra Multi-Care Medical, LLC. para hacer cumplir este acuerdo o cobrar mi saldo pendiente.

Al firmar a continuación, confirmo que **he leído, entendido y aceptado voluntariamente** los términos contenidos en este documento.

**Nombre del paciente:** _____
**Firma:** _____
**Fecha:** _____

**Multi-Care Medical Of SW Florida**
1425 Viscaya Parkway, Suite 203
Cape Coral, FL 33990
Tel: (239) 236-5570
Fax: (239) 236-5571
Correo electrónico: admin@multi-caremedical.com

# DECLARACIÓN JURADA DE SEGURO DE SALUD

Reconozco lo siguiente colocando mis iniciales junto a mi selección:
**POR FAVOR HAGA UNA SELECCIÓN A CONTINUACIÓN**

☐ Certifico que **no estaba cubierto por ningún tipo de seguro de salud** en el momento del accidente ocurrido el día _____.

☐ Tengo seguro de salud y **autorizo a MCM a presentar una reclamación en mi nombre**, sin embargo, **ellos no son proveedores dentro de la red** de mi seguro médico.

☐ Tengo seguro de salud y **elijo no utilizarlo** por el siguiente motivo:

**(MARQUE TODAS LAS RAZONES QUE APLIQUEN A SU CASO)**

_____ Los gastos de bolsillo, coseguro, deducible y copagos representan una carga económica para mí.
_____ No he podido obtener las referencias/autorizaciones necesarias para usar mi plan de seguro y recibir atención médica de manera oportuna.
_____ No he podido encontrar un médico dentro de la red de mi seguro que pueda atenderme a tiempo.
_____ Otro: _____

Entiendo que **soy financieramente responsable por los servicios médicos que se me proporcionen.** Además, entiendo que **MCM no tiene contrato con ninguna compañía de seguro médico** y **no está obligado a facturar ni aceptar ningún tipo de pago de seguro.**
El paciente acepta que nuestras tarifas son **razonables y habituales** según la ubicación geográfica donde se brindó el tratamiento.
Si se solicita, **MCM puede presentar una reclamación a mi seguro como cortesía**, pero dicha presentación **no implica ningún acuerdo para aceptar la tarifa del seguro como pago total.**

**SUSCRITO Y JURADO BAJO PENA DE PERJURIO EL DÍA**

_____ de _____ de 2026.

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

**(Multi-Care Medical no pertenece a la red, pero facturará fuera de la red cuando corresponda.)**
**Nombre:**

_____