13701 Cypress Terrace Cir
Fort Myers, FL 33907
PH: (239) 277-1655 | FX: (239) 277-1255

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
13701 Cypress Terrace Cir.
Fort Myers, FL 33907
Tel: (239) 277-1655
Fax: (239) 277-1255
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:

_____

STAT REQUEST!

Date: _____

DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Information may be disclosed by: _____

Tel: _____ Fax: _____

Information to be disclosed to : **MULTI-CARE MEDICAL OF SW FLORIDA**

13701 CYPRESS TERRRACE CIRCLE. FORT MYERS, FL 33907

TEL: (239) 277-1655 FAX: (239) 277-1255

PATIENT WHOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION IS TO BE DISCLOSED

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Social Security: _____ Date of Accident: _____

INFORMATION TO BE DISCLOSED

- ☐ ALL MEDICAL RECORDS
- ☐ Final Narrative Dictated Report
- ☐ Patient was involved in a prior MVA on or approximately: _____
- ☐ X-RAYS / MRI / CT / ULTRASOUND
- ☐ Progress Notes / Consultation
- ☐ Other: _____

Expiration Date – This authorization will expire (_____) 2 years from the above referenced date. I understand that if I fail to specify an expiration or event, this authorization will expire six (6) months from the date on which I signed.

Re-Disclosure: I understand that once the above information is disclosed. It may be re-disclosed by the recipient and the information may not be protected by federal privacy laws or regulations.

Conditioning: I understand that completing the authorization form is voluntary. I realize that treatment will not be denied if I refuse to sign this form.

Revocation: I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by giving a written/verbal notice to the office listed above.

_____ _____

Patient Signature Date