

**Patient Registration Form (eCW)**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**(Por favor escriba)**

Dr. Sr Sra. Sria.  
**Nombre del Paciente (Apellido)** (Nombre) (Inicial) **Nombre previo**  
**Dirección**  
**Ciudad, Estado** **Código Postal**  
**Número de Teléfono** **Número Móvil.** **Numero de Trabajo** **Ext.**  
**Proveedor Primario (PCP)** **Proveedor que lo Recomienda**  
**Nombre del proveedor de la prescripción (esta práctica)** **Correo Electrónico:**  
**Fecha de Nacimiento** Mes /Día /Año **Sexo** F - Femenino M - Masculino Transgénero  
**Raza** indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico Negro o afro-Americanos  
 Blanco Declinó  
**Origen Étnico** Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinó  
**Lenguaje** Ingles Español Hindú Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro  
**Estado Civil** Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Otro  
**Numero de Seguro Social** - - **Nombre del empleador**  
**Situación laboral** 1 - Tiempo completo 2 - Tiempo parcial 3 - Sin empleo 4 - Cuenta propia 5 - Jubilado 6 - Militar Activo  
**Estudiante** F - Estudiante de tiempo completo P - Estudiante de tiempo parcial N - No es un estudiante  
**Contacto de Emergencia Apellido** **Nombre**  
**Numero de Teléfono** ¿Tiene usted un testamento en vida? Si No  
**Parentesco del contacto de emergencia al paciente** Guardian  
**Dirección**  
**Ciudad, Estado** **Código Postal**  
**Numero de Teléfono** **Numero de Trabajo** **Ext.**  
~~Indique el Proveedor de la Prescripción. Farmacia:~~

**INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE**

**(información se utilizara para las declaraciones de balance del paciente)**

**Persona Responsable** Otro Paciente Garante Yo **Marque aquí si la información es igual a del paciente**  
**Nombre de la Persona Responsable (Apellido)** (Nombre) (Inicial)  
**Número de cuenta del garante** **Fecha de Nacimiento** Mes /Día / Año  
**Número de Seguro Social** - - **Teléfono**  
**Correo Electrónico** **Sexo** F - Femenino M - Masculino  
**Dirección**  
**Ciudad, Estado** **Código Postal**  
**Empleador** **Numero de Trabajo**

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO**

**(proporcionar su tarjeta de seguro medico el momento de anunciarse)**

**Compañía Aseguradora / Número de teléfono** ( )  
**Nombre del Asegurado(a)** **Relación del paciente con el asegurado**  
**Numero ID (número de póliza)** **Numero ID del Grupo** **Cantidad de co-pago**  
**Fecha de vigencia** **Fecha de vencimiento** **Fecha de Nacimiento** Mes /Día / Año

**INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA**

**(proporcionar su tarjeta de seguro medico el momento de anunciarse)**

**Compañía Aseguradora / Número de teléfono** ( )  
**Nombre del Asegurado(a)** **Relación del paciente con el asegurado**  
**Numero ID (número de póliza)** **Numero ID del Grupo** **Cantidad de co-pago**  
**Fecha de vigencia** **Fecha de vencimiento** **Fecha de Nacimiento** Mes /Día Año

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

**Paciente (o Responsable) Firma**

**Fecha**

## Consentimiento General de Atención y Consentimiento de Tratamiento

**PARA EL PACIENTE:** Como paciente, usted tiene derecho a estar informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión si se someterá o no al procedimiento o tratamiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros relacionados. En este punto de su atención, no se le ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o procedimiento adecuado para la afección identificada.

Mediante este consentimiento, se nos autoriza a llevar a cabo el tratamiento, los análisis y los exámenes médicos necesarios. Con su firma a continuación, usted indica que (1) sabe que este consentimiento es de carácter continuo después de obtener un diagnóstico específico y de recomendar un tratamiento; y (2) acepta someterse al tratamiento en este consultorio o cualquier otro consultorio de nuestra propiedad. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir el servicio en cualquier momento.

Tiene derecho a hablar sobre el plan de tratamiento con su médico acerca de la finalidad, y los posibles riesgos y beneficios de cualquier examen que se le indique. Si tiene inquietudes relacionadas con algún examen o tratamiento recomendado por su prestador de atención médica, no dude en consultarnos.

Solicito voluntariamente al médico o prestador de nivel intermedio (Enfermera Profesional, Asistente del Médico o Especialista en Enfermería Clínica) y a otros prestadores de atención médica o personas designadas, según fuera necesario, a llevar a cabo el tratamiento, las pruebas y los exámenes médicos necesarios para la afección por la cual he concurrido a este establecimiento. Comprendo que si se recomienda realizar otras pruebas o procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá leer y firmar otros formularios de consentimiento antes de llevar a cabo las pruebas o los procedimientos.

Certifico que he leído y comprendo la totalidad de las declaraciones anteriores, y acepto de manera completa y voluntaria su contenido.

**Firma del Paciente o Representante Personal**

**Fecha**

**Nombre en Letra de Imprenta del Paciente  
o Representante Personal**

**Vínculo con el Paciente**

**Nombre en Letra de Imprenta del Testigo**

**Título Laboral del Empleado**

**Firma del Testigo**

**Fecha**

**AUSTIN BRAIN AND SPINE FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE, SEGÚN LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Aviso, sobre privacidad clínica/del consultorio.**

(iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio, que describe las formas en que el consultorio/la clínica podrá usar y divulgar mi Información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad designado en el aviso si tengo alguna pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el prestador o por sus socios comerciales. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los propósitos descritos en el Aviso sobre privacidad clínica/del consultorio.

**Divulgación a amigos y/o miembros de la familia**

**¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA O A OTRA PERSONA CON QUIEN EL PRESTADOR PODRÁ ANALIZAR SU AFECCIÓN MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿A QUIÉN?**

Doy permiso para que mi información protegida de salud sea divulgada con el propósito de comunicar resultados, conclusiones y decisiones de atención a los miembros de la familia y a otras personas que se indican a continuación:

	Nombre	Vínculo	Número de contacto
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica, y tal revocación o modificación deberá hacerse por escrito.

**Consentimiento para fotografiar o realizar otras grabaciones para operaciones de seguridad y/o atención médica**

Brindo mi consentimiento (iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, o para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente y/o por razones de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad). Entiendo que la clínica conservará los derechos de propiedad de las imágenes o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente factible, a menos que esté prohibido por ley. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones serán protegidas y guardadas de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que estoy identificado no serán divulgadas ni utilizadas sin una autorización específica por escrito mía o de mi representante legal, a menos que esté de otro modo permitido o sea exigido por ley.

-O-

No brindo mi consentimiento (iniciales del paciente/representante) para que se tomen fotografías, se realicen grabaciones digitales o de audio, ni para que se registren imágenes de mi persona por razones de seguridad, de atención al paciente o de operaciones de atención médica del consultorio/la clínica (por ejemplo, actividades de mejora de calidad).

**Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensajería de texto para recordatorio de citas y otras comunicaciones de atención médica:**

Queremos estar conectados con nuestros pacientes. Los pacientes de nuestro consultorio/nuestra clínica podrán ser contactados por correo electrónico, llamadas a su teléfono celular (incluidos mensajes pregrabados/de voz artificial y/o llamadas de un dispositivo de marcación automática) y/o mensajes de texto para confirmar una cita, para recibir comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para recibir recordatorios/información general sobre salud. Si en algún momento, usted proporciona una dirección de correo electrónico, un número de teléfono celular, una dirección o un número para mensajes de texto, a continuación, usted entiende que podrá recibir estas comunicaciones del consultorio/de la clínica. Usted podrá rechazar estas comunicaciones en cualquier momento (consultar la página siguiente). El consultorio/la clínica no cobra por este servicio, pero se podrán aplicar las tarifas de mensajes de texto estándar o de minutos de teléfono celular, según los brinde su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor para conocer planes y detalles sobre precios).

Autorizo para recibir mensajes de texto con recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud en general es y el número de teléfono celular que es \_\_\_\_\_

Autorizo para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y recordatorios/comentarios/información general sobre salud y el correo electrónico que es \_\_\_\_\_

-O-

No acepto (iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por mensajes de texto.

No acepto (iniciales del paciente/representante) recibir comunicación a través de llamadas al teléfono celular.

No acepto (Iniciales del paciente/representante) recibir comunicación por correo electrónico.

**Updated: January 2018 v6 replacing 122016. 042216. 102815. 061215. 112113**

A photocopy of this consent shall be considered as valid as the original.

**Nota:** Esta clínica usa una Historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que usted acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su conveniencia en todas nuestras clínicas afiliadas que compartan una historia clínica electrónica con la que usted esté relacionado.

**Divulgación de Información.**

Por medio del presente, permito que el consultorio/la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica relativa a servicios anteriores prestados por otros prestadores afiliados a HCA podrá ponerse a disposición de posteriores prestadores afiliados a HCA para coordinar la atención. La información de atención médica podrá ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable de realizar pagos en nombre del paciente, con el fin de verificar la cobertura o aclarar preguntas acerca de los pagos, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados están relacionados con una reclamación da indemnización por accidente de trabajo.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de la información de atención médica a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías aseguradores para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal apropiada para el pago de una reclamación da Medicaid. Esta Información puede incluir, entra otros, antecedentes y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas del enfermero, consultas, informes psicológicos y/o psiquiátricos, tratamientos por abuso de drogas y alcohol, y resúmenes de alta médica.
- Las leyes federales y estatales podrán permitir que este centro participe en organizaciones con otros prestadoras de atención médica, compañías aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas, para que estas personas y entidades compartan mi información de atención médica entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entra otros, mejorar la exactitud y aumentar la disponibilidad de mis historias clínicas, disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información, agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad, y otros propósitos permitidos por ley. Entiendo que este centro podrá ser miembro de una o más de tales organizaciones. Esta consentimiento incluya específicamente información sobre afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, afecciones de discapacidad intelectual, información genética, afecciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sanguínea, tales como VIH y SIDA.

**Retiro de órdenes de recetas.** Es posible que algunas veces necesite que un amigo o familiar retire una orden de recata (comprobante) del consultorio de su médico. Para que podamos entregar una recela a su familiar o amigo, será necesario contar con un registro de su nombre. Para que se le entregue el comprobante de la recata, la persona designada por usted deberá firmar y presentar una identificación válida con fotografía.

**Deseo** (Iniciales del Paciente/Representante) designar a la siguiente persona para que retire una orden de recela en mi nombre:  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**No deseo** (iniciales del paciente/representante) designar a nadie para retirar mi orden de recela.

**Firma del paciente/padre/tutor/representante del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre (en letra imprenta) del paciente/padre/tutor/representante del paciente** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente (en letra imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Solo si ha brindado previamente su consentimiento para recibir comunicación por mensaje de texto/llamada a teléfono celular/correo electrónico y desea retirar el consentimiento **Rechazo/Revocación de** comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto o llamadas a teléfono celular. En otras palabras, **no deseo que mi dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil se sigan utilizando para las comunicaciones mencionadas anteriormente.**

Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general por mensajes de texto.

Por este medio, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios e información médica en general mediante llamadas a teléfono celular.

Por el presente, revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio sobre citas, comentarios y salud en general a través de correo electrónico.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/representante del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**Updated: January 2018 v6 replacing 122016. 042216.102815. 061216.112113**

A photocopy of this content shall be considered as valid as the original.

**HCA PHYSICIAN SERVICES  
AUSTIN BRAIN AND SPINE  
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

<b>Section A: This section must be completed for all Authorizations</b>					
<b>Patient Name:</b>		<b>Date of Birth:</b>	<b>Patient's Phone:</b>		<b>Last 4 digit SSN (optional):</b>
<b>Provider's Name:</b>		<b>Recipient's Name:</b>			
<b>Provider's Address:</b>		<b>Address 1:</b>			
		<b>Address 2:</b>		<b>Recipient's Phone:</b>	
		<b>City:</b>		<b>State:</b>	<b>Zip:</b>
<b>Request Delivery (If left blank, a paper copy will be provided):</b> <input type="checkbox"/> Paper Copy <input type="checkbox"/> Electronic Media, if available (e.g., USB drive, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Encrypted Email <input type="checkbox"/> Unencrypted Email <b>NOTE:</b> In the event the facility is unable to accommodate an electronic delivery as requested, an alternative delivery method will be provided (e.g., paper copy). There is some level of risk that a third party could see your PHI without your consent when receiving unencrypted electronic media or email. We are not responsible for unauthorized access to the PHI contained in this format or any risks (e.g., virus) potentially introduced to your computer/device when receiving PHI in electronic format or email.					
<b>Email Address (If email checked above. Please print legibly):</b>					
This authorization will expire on the following: (Fill in the Date or the Event but not both.)					
<b>Date:</b>		<b>Event:</b>			
<b>Purpose of disclosure:</b>					
<b>Description of information to be used or disclosed</b>					
Is this request for psychotherapy notes? <input type="checkbox"/> Yes, then this is the only item you may request on this authorization. You must submit another authorization for other items below. <input type="checkbox"/> No, then you may check as many items below as you need.					
<b>Description:</b>		<b>Date(s):</b>		<b>Description:</b>	
<b>Description:</b>		<b>Date(s):</b>		<b>Description:</b>	
<b>Date(s):</b>		<b>Date(s):</b>		<b>Date(s):</b>	
<input type="checkbox"/> All PHI in medical record <input type="checkbox"/> Admission form <input type="checkbox"/> Dictation reports <input type="checkbox"/> Physician orders <input type="checkbox"/> Intake/outtake <input type="checkbox"/> Clinical test <input type="checkbox"/> Medication sheets		<input type="checkbox"/> Operative information <input type="checkbox"/> Cath lab <input type="checkbox"/> Special test/therapy <input type="checkbox"/> Rhythm strips <input type="checkbox"/> Nursing information <input type="checkbox"/> Transfer forms <input type="checkbox"/> ER information		<input type="checkbox"/> Labor/delivery summary <input type="checkbox"/> OB nursing assess <input type="checkbox"/> Postpartum flow sheet <input type="checkbox"/> Itemized bill: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Other:	
I acknowledge, and hereby consent to such, that the released information may contain alcohol, drug abuse, genetic information, psychiatric, HIV testing, HIV results or AIDS information. _____ (Initial)					
I understand that:					
1. I may refuse to sign this authorization and that it is strictly voluntary. 2. My treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this authorization. 3. I may revoke this authorization at any time in writing, but if I do, it will not have any affect on any actions taken prior to receiving the revocation. Further details may be found in the Notice of Privacy Practices. 4. If the requester or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations and may be redisclosed. 5. I understand that I may see and obtain a copy the information described on this form, for a reasonable copy fee, if I ask for it. 6. I get a copy of this form after I sign it.					
<b>Section B: Is the request of PHI for the purpose of marketing and/or does it involve the sale of PHI?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, the health plan or health care provider must complete Section B, otherwise skip to Section C.					
Will the recipient receive financial remuneration in exchange for using or disclosing this information?				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, describe:					
May the recipient of the PHI further exchange the information for financial remuneration?				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>Section C: Signatures</b>					
I have read the above and authorize the disclosure of the protected health information as stated.					
<b>Signature of Patient/Patient's Representative:</b>				<b>Date:</b>	
<b>Print Name of Patient's Representative:</b>				<b>Relationship to Patient:</b>	



Austin Brain & Spine

## Medical History (Historia clinica)

History of present illness • Please briefly describe why you are here and how long you have been experiencing your current symptoms (*Por favor brevemente describe per qué esté aquí usted y por cuánto tiempo he tenido sus síntomas.*):

---

---

Review of symptoms (check all that apply) (Revision por sistemas (Marque todo que se aplica a usted):

1. General
  - weight loss (*perdida de peso*)
  - weight gain (*aumento de peso*)
  - fever (*fiebre*)
2. Cabeza, ojos, oídos, etc.
  - blurry vision (*visión borrosa*)
  - double vision (*visión doble*)
  - nosebleeds (*sangrado nasal*)
  - hoarseness (*ronquera*)
  - loss of smell (*pérdida de olor*)
  - ringing in ears (*zumbido de oídos*)
3. Pulmonario
  - shortness of breath (*falta de aire*)
  - coughing blood (*sangre cuando tose*)
4. Cardiovascular
  - chest pain (*dolor de pecho*)
  - Irregular heartbeat (*latido irregular del corazón*)
  - ankle swelling (*hinchazón de los tobillos*)
5. Gastrointestinal
  - heartburn (*ardor del estómago*)
  - nausea/vomiting (*nausea/vómito*)
  - rectal bleeding (*sangre rectal*)
  - stool incontinence (*Incapacidad de retener las heces*)
6. Genito-Urinario
  - urinary incontinence (*incapacidad de retener la orina*)
  - frequent urination (*orina frecuente*)
  - blood in urine (*sangre en la orina*)
  - painful urination (*dolor al orinar*)
7. Neurológico
  - headaches (*dolor de cabeza*)
  - seizures (*ataques epilépticos*)
  - weakness (*debilidad*)
  - visual changes (*cambio de la vista*)
8. Endocrino
  - cold intolerance (*intolerancia al frío*)
  - hair loss (*pérdida de pelo*)
  - impotence (*impotencia*)
  - breast discharge (*secreción del seno*)
9. Dermatológico
  - acne (*acné*)
  - skin color change (*cambio de color de la piel*)
  - pruritus (*comezón*)

10. Women Only (Mujeres solamente):

Last menstrual period (Fecha del primer día la última regla):

801W. 38th Street, Suite 400  
Austin, TX 78705

Austin Brain & Spine

512-306-1323  
512-306-1142 fax

[www.austinbrainandspine.com](http://www.austinbrainandspine.com)

4101 James Casey Street, Suite 340  
Austin, TX 78745

Matthew Hummell, MD; Craig Kemper, MD, FACS; Marcella Madrea, MD; Daniel Peterson, MD, FACS; Hari Tumu, MD



**Austin Brain & Spine**

**Past Medical History (*Antecedentes medicos*)**

- asthma (*asma*)
- heart disease (*enfermedad del corazón*)
- lung disease (*enfermedad de loa pulmones*)
- kidney disease (*enfermedad del riñon*)
- diabetes
- bleeding problems (*problemas sangrantes*)
- high blood pressure (*alta presión*)
- AIDS/HIV (*SIDA o VIH*)
- liver disease (*enfermedad del hígado*)
- high cholesterol (*alto colesterol*)
- other (accidents, etc.) (*otra enfermedad o accidenta*)

**Past Surgical History (*Antecedentes de cirugías pasadas*)**

Procedure ( <i>Procedimiento</i> )	Doctor	Date (Fecha)
1		
2		
3		
4		

**Family History (*Antecedentes familiares*)**

Condition ( <i>Enfermedad</i> )	Relative ( <i>Paciente que tiene/tenía la enfermedad</i> )
heart disease ( <i>enfermedad del corazón</i> )	
cancer (location and type) ( <i>cancer-tipo</i> )	
diabetes	
high blood pressure ( <i>alta presión</i> )	
tuberculosis	
migraines ( <i>migrañas</i> )	
stroke ( <i>derrame/ataque cerebral</i> )	

801 W. 38th Street, Suite 400  
Austin, TX 78705

Austin Brain & Spine

4101 James Casey Street, Suite 340  
Austin, TX 70745

512-306-1323  
512-306-1142 fax  
www.austinbrainandspine.com

Matthew Hummell, MD; Craig Kemper, MD, FACS; Marcella Madrea, MD; Daniel Peterson, MD, FACS; Hari Tumu, MD



**Austin Brain & Spine**

**Current Medications (*Medicamentos actuales*)**

<b>Medicine (<i>Medicamentos actuales</i>)</b>	<b>Dosage (<i>dosis</i>)</b>	<b>Frequency (<i>frecuencia</i>)</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

**Allergies (*Alergias*)**

- 1
- 2
- 3

**Current Height:**

**Current Weight:**

None Known (*Ninguna que sepa*)

**Social History (*Historia Social*)**

**Occupation (*Ocupación*)**

**Tobacco (*Fumar cigarrillos*)**

\_\_\_\_\_ none (*nunca ha fumado*)

\_\_\_\_\_ previously (*antes fumaba*)      # of years (*# de años*)

\_\_\_\_\_ packs per day (*paquetes diarios*)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ date quit (*fecha que dejó de fumar*)

\_\_\_\_\_ previously (*antes actualmente*)      # of years (*# do años*)

\_\_\_\_\_ packs per day (*paquetes diarios*)

**Alcohol**      drinks per week (*# de bebidas alcohólicas por semana*)

**Illicit Drug Use (*Uso de drogas ilícitas*)**

801 W. 38th Street, Suite 400  
Austin, TX 78705

Austin Brain & Spine

4101 James Casey Street, Suite 340  
Austin, TX 78745

512-300-1323  
512-306-1142 fax

[www.austinbrainandspine.com](http://www.austinbrainandspine.com)

Matthew Hummell, MD; Craig Kemper, MD, FACS; Marcella Madrea, MD; Daniel Peterson, MD, FACS; Hari Tumu, MD





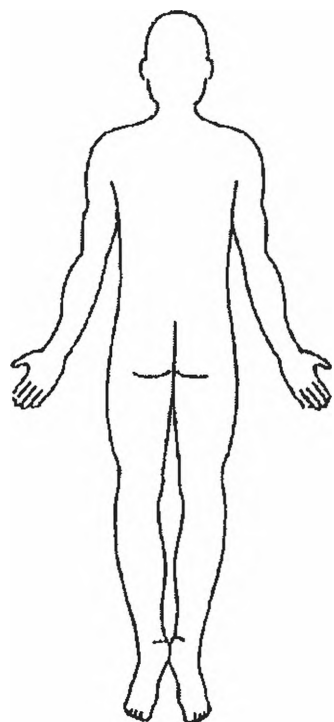
# Austin Brain & Spine

Name (Nombre)

Date (Fecha)

Mark these drawings according to where you hurt (If the back of your neck, mark the drawing on the back of the neck, etc). If you feel any of the following symptoms, please indicate where you feel them by placing the appropriate marks on the diagrams. Include all affected areas.

(Marque estas figuras según donde le duele (por ejemplo, si le duele el cuello posterior, marque la figure por detras del cuello.) Si usted siente alguno de los siguientes síntomas, por favor indique donde los siente al marcar en la figura con las marcas indicadas. Incluya las regiones afectadas.)



Numbness (Adormecimiento)

11111

Pins and Needles (Hormigueos y piquetes)

00000

Burning (Ardor)

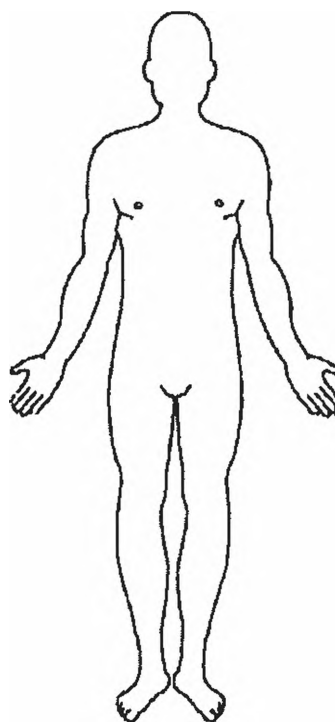
#####

Stabbing (Punzante)

/////

Ache (Doloroso)

\*\*\*\*\*



1. How bad is your pain now? (Qué tan malos el dolor ahora?)
2. Please mark with an X on the body form where the pain is worst now. (Favor de marcar una X en la figura donde la duele lo mes.)
3. Please circle the appropriate number below representing how bad your pain is now, (Favor de rodear el numero abajo que representa la intensidad de su dolor.)

No Pain (sin dolor)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Worst Possible Pain (el peor dolor posible)

Austin Brain & Spine

801 W. 38th Street, Suite 400  
Austin, TX 78706

4101 James Casey Street, Suite 340  
Austin, TX 78745

512-306-1323

512-306-1142 fax

[www.austinbrainandspine.com](http://www.austinbrainandspine.com)

Matthew Hummell, MD; Craig Kemper, MD, FACS; Marcella Madrea, MD; Daniel Peterson, MD, FACS; Hari Tumu, MD

