

# Registración del Paciente

Oficina de John J. Regan, M.D.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Primero, apellido)

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono de su Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Número de su celular/ paginado: ( ) \_\_\_\_\_ Fax#: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo:  Varón  Hembra

Estado civil:  Casado  Soltero(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)

E-Correo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Queja: \_\_\_\_\_

Contacto en una emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto de emergencia#: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Médico que lo refirió: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal : \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO:

Número de Medicare: \_\_\_\_\_ Parte A  Parte B  Fecha efectiva \_\_\_\_\_

Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_  PPO  POS

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_ Identificación#: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Código de la cobertura: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado (si no es el paciente): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_  PPO  POS

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Identificación #: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Código de la cobertura: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

# Registración del Paciente

Oficina de John J. Regan, M.D.

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Dónde tiene su dolor actualmente?

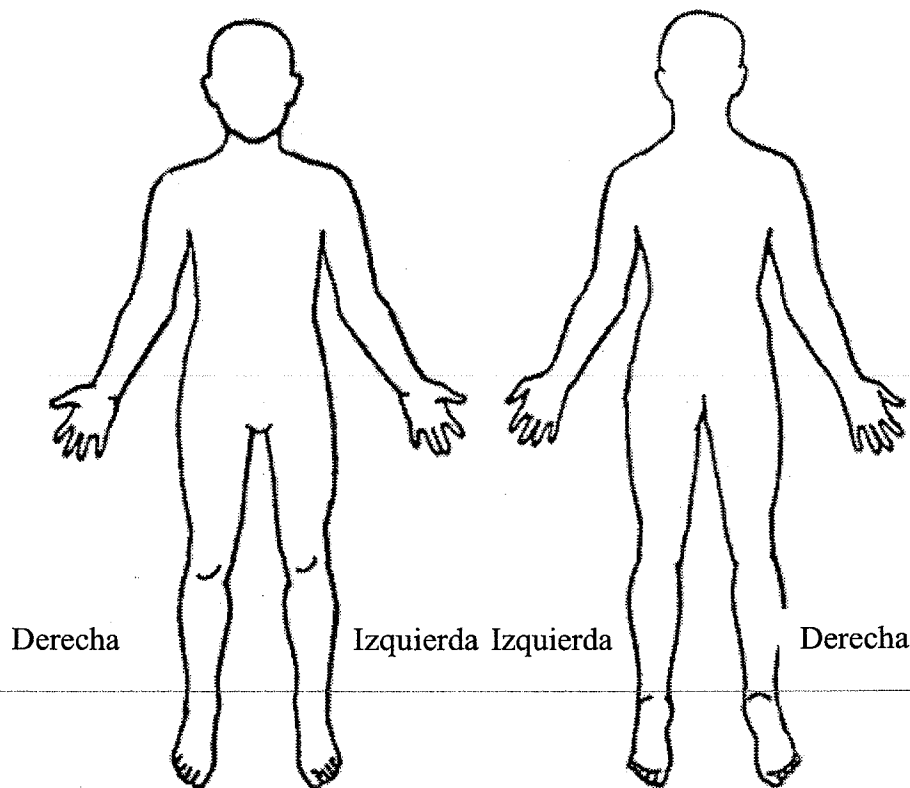
Marque las áreas en su cuerpo donde usted siente las sensaciones descritas. Utilice el símbolo apropiado. Marque las áreas de la radiación. Incluya todas las áreas afectadas. Para terminar el cuadro, dibuje en el rostro.

Dolor	Entumecimiento	Pernos y Agujas	Quema	Irradiando dolor
^^^	ooo	■■■	XXX	///
^^^	ooo	■■■	XXX	///
^^^	ooo	■■■	XXX	///

Dolor de cuello \_\_\_\_\_% Dolor de espalda \_\_\_\_\_%

Dolor de brazo \_\_\_\_\_% Dolor de pierna \_\_\_\_\_%

**Total = 100%**



Marque por favor con un circulo que tan fuerte tiene su dolor actualmente

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_



No dolor

Dolor intermedio



El dolor peor

# Registración del Paciente

Oficina de John J. Regan, M.D.

## Functional Questionnaire

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo usted ha tenido dolor de espalda/cuello? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas

¿Cuanto tiempo usted ha tenido dolor de la pierna/brazo? \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas

### Lea por favor:

Este cuestionario se ha diseñado para dar al doctor la información en cuanto a cómo su dolor de espalda ha afectado a su capacidad de manejar su vida diaria. Conteste por favor a cada sección, y marque en cada sección solamente una caja que se aplica a usted. Realizamos que usted puede considerar que dos de las declaraciones en cualquier sección se relacionan con usted, **marque por favor la caja que describe lo más cerca posible a su problema.**

### Sección 1 - Intensidad del dolor

- Puedo tolerar el dolor que tengo sin tener que utilizar los calmantes
- El dolor es malo, pero puedo soportarlo sin tomar los calmantes
- Los calmantes de dolor me quitan completamente del dolor
- Los calmantes de dolor me quitan muy poco el dolor
- Los calmantes de dolor no tienen ningún efecto sobre el dolor y no los uso

### Sección 2 - Cuidado personal (el lavarse, vestido, etc)

- Puedo estar ocupado normalmente sin que me cause dolor adicional
- Puedo estar ocupado normalmente, pero me causa dolor adicional
- Es doloroso ocuparse, y soy lento y tengo cuidado
- Necesito una cierta ayuda, pero manejo la mayor parte de mi cuidado personal
- Necesito la ayuda diaria en la mayoría de los aspectos de mi cuidado
- No me puedo vestir, me limpio con dificultad

### Sección 3 - Elevación

- Puedo levantar cosas pesadas sin que me cause dolor adicional.
- Puedo levantar cosas pesadas pero me da dolor adicional.
- El dolor evita que levante cosas pesadas del piso, pero puedo levantarlas si se colocan convenientemente, por ejemplo en la mesa.
- El dolor evita que levante cosas pesadas pero puedo manejar enciéndase a los pesos medios si se colocan convenientemente.
- Puedo levantar solamente pesos muy pequeños.
- No puedo levantar o llevar cualquier cosa en absoluto.

### Sección - 4 Caminando

- El dolor no evita que camine.
- El dolor evita que camine más de 1 milla.
- El dolor evita que camine más que ½ milla.
- El dolor evita que camine más que ¼ milla.
- El dolor evita que camine más de 10 minutos
- El dolor evita que camine.

### Sección 5 - Sentada

- Puedo sentarme en mi silla siempre que quiera.
- Puedo sentarme solamente en mi silla preferida siempre que quiera
- El dolor evita que me sienta más de ½ hora.
- El dolor evita que sienta más de 10 minutos.

- El dolor evita que se siente.

### Sección 6 - Parar

- Puedo pararme mientras quiera sin dolor adicional.
- Puedo pararme mientras quiera, pero me da dolor adicional.
- El dolor evita que me pare más de una hora.
- El dolor evita que me pare por más de 30 minutos.
- El dolor evita que me pare por más de 10 minutos.
- El dolor evita que me pare

### Sección 7 Dormir

- El dolor no evita que duerma bien.
- Puedo dormir bien solamente usando calmantes.
- Cuando tomo calmantes, duermo menos de seis horas.
- Cuando tomo calmantes, duermo menos de cuatro horas.
- Cuando tomo calmantes, duermo menos de dos horas.
- El dolor evita que duerma

### Sección 8 - Vida sexual

- Mi vida sexual es normal y no me da ningún dolor adicional
- Mi vida sexual es normal pero aumenta el dolor.
- Mi vida sexual es casi normal pero es muy dolorosa.
- Mi vida sexual es casi ausente debido al dolor.
- El dolor evita cualquier vida sexual en absoluto.

### Sección 9 - Vida social

- Mi vida social es normal y no me da ningún dolor adicional.
- Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor no tiene ningún efecto significativo sobre mi vida social aparte de la limitación de mis intereses más enérgicos, por ejemplo bailar
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo cuando yo quiero
- El dolor ha restringido mi vida social en mi hogar
- No tengo ninguna vida social debido al dolor.

### Sección 10 - El viajar

- Puedo viajar dondequiera sin dolor adicional.
- Puedo viajar dondequiera pero me da dolor adicional.
- El dolor es fuerte pero manejo mas de dos horas.
- El dolor me restringe a los viajes de menos de una hora
- El dolor me restringe a los viajes necesarios menos de 30 minutos
- El dolor evita que viaje excepto al doctor o el hospital

# Registración del Paciente

Oficina de John J. Regan, M.D.

Revisión general de sistemas  
Proporcionado a John Regan, MD

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Alergias

- Asma
- Fiebre de heno
- Erupciones de piel

## Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Golpe de corazón irregular
- Presión arterial alta-baja
- Circulación pobre
- Ritmo cardíaco rápido
- Hinchazón de tobillos
- Varices

## Constitucional

- Las frialdades/sudor/fiebre
- Desmayo
- Falta de memoria
- Dolor de cabeza
- Pérdida de sueño
- Nerviosismo
- Pérdida de peso

## Oídos, nariz, boca, garganta

- Ansillas sangrientas
- Dificultad al tragar
- Dolor de oídos
- Fluído del oído
- Pérdida de oído
- Ronquera
- Hemorragias nasales
- Tos persistente
- Sonido en oídos
- Problema de sinusitis

## Endocrina

- Pérdida de peso/aumento rápido
- Intolerancia al sitio caliente
- Huesos rotos múltiples
- Cesación períodos menstruales
- Hambre/sed excesiva
- Pérdida de libido
- Descarga espontánea de la enterrosca

## Ojos

- Visión borrosa
- Ojos cruzados
- Visión doble
- Reflejos o halos de la visión

## Genitourinario

- Sangre en orina
- Falta de control de la orina
- Dolor al orinar

## Gastrointestinal

- Hinchazón
- Cambios del intestino
- Estreñimiento
- Diarrea
- Gas
- Hemorrhoids
- Indigestión
- Náusea
- Apetito pobre
- Sangría rectal
- Dolor de estómago

## Hematológico / Lymphático

- Nudos de linfa hinchados
- Piel de contusión fácil
- Sangría prolongada de cortes, extracciones del diente

## Integumentary

- Erupciones de piel
- Picazon crónica de la piel

## Hombres

- Buítos del pecho
- Buítos en testículo
- Descarga del pene
- Dolor en el pene

## Musculoesquelético

- Dolor, debilidad, entumecimiento o hinchazón en las manos, muñecas, caderas, rodillas, palmas de las manos

## Neurológico

- Desmayo
- Dolores de cabeza
- Entumecimiento de brazos o de piernas
- Asimientos
- El zumbar de manos, pies, brazos, piernas

## Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Ataques de pánico
- Desasosiego

## Respiratorio

- Sangre
- Tos
- Vértigos
- Respiración breve

## Mujeres

- Borrón de transferencia de pap abnormal
- El sangrar entre los períodos
- Terrón del pecho
- Dolor menstrual extremo
- Reflejos calientes
- Fluído en los pezones
- Cópula dolorosa

Fecha del período pasado.

Fecha del borrón de transferencia de pap pasado. \_\_\_\_\_

Fecha del mamograma. \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada? \_\_\_\_\_

Número de niños (edades): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Registración del Paciente

Oficina de John J. Regan, M.D.

Nombre	Apellido	Primero	Medio
Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Zurdo Ocupación: <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Retirado		
Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		

## Problemas actuales:

Síntomas:	Duración:

## Historia Clínica

Operaciones/cirugías anteriores	Fechas:

Otros problemas médicos últimos y actuales: (ejemplo: Hipertensión, diabetes, asma, movimiento, cáncer, etc.)


Historia de la familia: Padres, abuelos, hermanos (vivos, si fallecieron liste la causa)


Medicaciones: (Enumere todas las medicaciones actuales: (incluyendo aspirina))


Alergias:

--

# Registración del Paciente

Oficina de John J. Regan, M.D.

John J. Regan, M.D.  
120 S. Spalding Drive, Suite 400  
Spinal Surgery  
Beverly hills, Ca. 90212  
Diplomate A.B.O.S.

Office 310-385-8010  
Fax 310-385-8040  
TollFree 877-85-SPINE (77463)  
[www.spinesource.com](http://www.spinesource.com)

## Aviso de las prácticas de su privacidad

*A nuestros pacientes:* Este aviso describe la información de la salud sobre usted (como paciente de esta práctica) puede ser utilizada y ser divulgada, y cómo usted puede conseguir el acceso a su información de la salud. Esto es requerido por las regulaciones de su privacidad creadas como resultado del acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA)

## Nuestra comisión con su privacidad

Nuestra práctica se dedica a mantener la privacidad de su información de la salud. La ley nos requiere mantener en secreto su información de la salud.

Creemos que estas leyes son complicadas, pero debemos proveer su la información siguiente:  
Uso y divulgación de la información de su salud en ciertas circunstancias especiales

Las circunstancias siguientes pueden requerirnos utilizar o divulgar su información de su salud:

1. A las autoridades sanitarias públicas y a las agencias del descuido de la salud que son autorizadas por la ley a recoger la información.
2. Pleitos y procedimientos similares en respuesta a una corte o a una orden administrativa.
3. Si procede para hacer tan por un agente policial.
4. Cuando es necesario reducir o prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otro individuo o del público. Haremos solamente accesos a una persona o a una organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
5. Si usted es un miembro de los E.E.U.U. de fuerzas militares extranjeras (veteranos) y si procede por las autoridades apropiadas.
6. A los funcionarios federales para las actividades de la inteligencia y de la seguridad nacional autorizada por la ley.
7. A las instituciones correccionales o a los agentes policiales si usted es un interno o bajo custodia de un agente policial.
8. Para la remuneración de los trabajadores (Workers Compensation) y los programas similares

# Registración del Paciente

Oficina de John J. Regan, M.D.

## ***Su derechos con respecto a la información de su salud***

1. Comunicaciones. Usted puede pedir que nuestra práctica le comunique a usted sobre su salud y las ediciones relacionadas de una manera particular o en cierta localización. Acomodaremos peticiones razonables. Usted puede pedir una restricción en nuestro uso o divulgación de la información su salud solamente a ciertos individuos implicados en su cuidado o el pago para su cuidado, tal como miembro de familia y amigos. Nos requieren no convenir su petición; sin embargo, si convenimos, somos limitados por nuestro acuerdo excepto cuando son requeridos de otra manera por la ley, en emergencias, o cuando la información es necesaria tratarle.
2. Usted tiene el derecho de pedir y de obtener una copia de su información de la salud que se puede utilizar para tomar decisiones sobre usted, incluyendo informes médicos y expedientes de facturación pacientes, pero no incluyendo notas de la sicoterapia. Usted debe someter su petición en la escritura a John J Regan, M.D., 120 S. Spalding Drive, Suite 400, Beverly Hills, CA. 90212 Teléfono : 310-385-8010
3. Usted puede preguntarnos que enmendar su información de la salud si usted cree es incorrecta o incompleta, y mientras la información está por o para nuestra práctica. Para pedir una enmienda, su petición debe ser hecha en la escritura y ser sometida a John J Regan, M.D., 120 S. Spalding Drive, Suite 400, Beverly Hills, CA. 90212, Teléfono:310-385-8010 Usted debe proveer de nosotros una razón que apoye su pedido la enmienda.
4. Derecho a la copia de este aviso. Le dan derecho a recibir una copia de este aviso de las prácticas de la aislamiento. Usted puede preguntarnos que para darle una copia de este aviso, entre en contacto con nuestra recepcionista del mostrador.
5. Derecho archivar una queja. Si usted cree se ha violado el derecho de su información puede archivar una queja sin práctica con la secretaria del departamento de servicios de salud y humanos. Para archivar una queja con nuestra práctica, entre en contacto con John J Regan, M.D., 120 S. Spalding Drive, Suite 400, Beverly Hills, CA. 90212 Teléfono : 310-385-8010. Todas las quejas se deben presentar en la escritura. No le penalizarán para archivar una queja.
6. Derecho proporcionar una autorización para otra aplicaciones y accesos. Nuestra práctica obtendrán su autorización escrita para las aplicaciones y los accesos que no son identificados por este aviso ni son permitidos por ley aplicable.

---

Si usted tiene cualesquiera con respecto este aviso o a nuestras políticas de aislamiento de la información de la salud, entre en contacto con John J Regan, M.D., 120 S. Spalding Drive, Suite 400, Beverly Hills, CA. 90212 Teléfono : 310-385-8010

# Registración del Paciente

Oficina de John J. Regan, M.D.

Nombre las medicinas que le causan alergias:

---

---

---

---

---

---

---

De el nombre de los doctores a quienes desea enviarle sus informes médicos:

Doctor \_\_\_\_\_ Práctica \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Habitación \_\_\_\_\_

Nombre Completo del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono(Confidencial)( ) \_\_\_\_\_

# Registración del Paciente – Historia del Paciente

## Oficina de JOHN REGAN, M.D.

1. ¿CUÁNDO EMPEZARON SUS SÍNTOMAS? \_\_\_\_\_ AHORA ESTAN:  MEJOR  ESTABLE  PEOR
2. DESCRIBA TODO DOLOR PRESENTE (EJEMPLO: ENTUMECIMIENTO, SENTIR HORMIGUEO, LA DEBILIDAD):  
INDICA QUAL AREA DEL CUERPO ESTA AFECTADO \_\_\_\_\_  
TIPO DE DOLOR: \_\_\_\_\_  
DOLOR RADIACIÓN (DESCRIBE) \_\_\_\_\_
3. EL GRADO DE DOLOR: CIRCULO POR FAVOR EL GRADO DEL DOLOR QUE USTED EXPERIMENTA ACTUALMENTE:  
0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10  
NO DOLOR \_\_\_\_\_ DOLOR MODERADO \_\_\_\_\_ DOLOR SEVERO \_\_\_\_\_
4. ¿QUE POSICIÓN Y/O MEDICINA ALIVIA SU DOLOR? \_\_\_\_\_
5. ¿TIENE USTED CUALQUIER DOLOR, COMO ENTUMECIMIENTO, EL ZUMBAR, DEBILIDAD EN SUS BRAZOS O PIERNAS?  
DESCRIBA: \_\_\_\_\_
6. ¿USTED ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE?  TIEMPO COMPLETO  MEDIO TIEMPO  
 NO ESTOY TRABAJANDO  INCAPACIDAD  INCAPACIDAD PARCIAL  
¿SI USTED ESTÁ EN LA INCAPACIDA/ INCAPACIDAD PARCIAL, CUANDO EMPEZÓ? \_\_\_\_\_
7. ¿HA TENIDO USTED CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS (RADIOGRAFÍAS, PRUEBAS, TERAPIA) O A VISTO A CUALQUIER PROVEEDOR DE SALUD PARA ESTE PROBLEMA? DESCRIBA LA CLASE DE TRATAMIENTO & LOS RESULTADOS DEL MISMO: \_\_\_\_\_
8. ¿HA TENIDO CUALQUIER TRATAMIENTOS DE HOGAR O MEDICINAS? DESCRIBA POR FAVOR: \_\_\_\_\_
9. LISTE POR FAVOR EL DIAGNOSTICO Y LOS TRATAMIENTOS ANTERIORES QUE USTED A TENIDO: \_\_\_\_\_
10. LISTE CUALQUIER EXÁMEN QUE USTED HA TENIDO RELACIONADOS A SU PROBLEMA (MRI, RADIOGRAFÍAS, ETC):

EXAMEN:

FECHA:

RESULTADO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. LA HISTORIA SOCIAL: EDAD \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ LIBRAS / KILOGRAMOS  
NIÑOS \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

¿USTED FUMA:  No  Si, CUANTO? \_\_\_\_\_ ¿USTED TOMA ALCOHOL:  No  Si, CUANTO? \_\_\_\_\_

DESCRIBE SU ACTIVIDAD/EJERCICIO REGULAR:

TIPO \_\_\_\_\_ FRECUENCIA \_\_\_\_\_

John J.Regan, M.D.

Spinal Surgery  
Diplomate A.B.O.S.

120 S. Spalding Drive.  
Suite 400

Beverly Hills, CA. 90212

OFFICE 310-385-8010

FAX 310-385-8040

TOLL FREE 877-85-SPINE (77463)

WWW.SPINESOURCE.COM

**Medical Records Release Form**  
**Forma del Liberación de Informes Médicos**

I hereby authorize / Autorizo por este medio,

Providers Name or Facility/ Nombre de los proveedores ó establecimiento:

\_\_\_\_\_

Phone Number / Número de teléfono \_\_\_\_\_

Address / Dirección \_\_\_\_\_

Practice / Practica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please release the following medical information regarding my previous healthcare.  
Favor dar la siguiente información previa, referente a mi cuidado médico.

- |                                                                                                             |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physician Progress Notes<br><i>Notas de mi progreso médico.</i>                    | <input type="checkbox"/> Consultation Report<br><i>Reporte de la Consulta</i>       |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic Reports<br><i>Reportes de diagnósticos</i>                              | <input type="checkbox"/> Pathology Report<br><i>Reporte de Patología</i>            |
| <input type="checkbox"/> History and Physical Exam<br><i>Historia de mi Examen Físico</i>                   | <input type="checkbox"/> MRI/CT, X-RAY Films<br><i>MRI/CT, fotos de radiografía</i> |
| <input type="checkbox"/> Operative Reports<br><i>Reportes de Operaciones</i>                                | <input type="checkbox"/> Full Medical Records<br><i>Historial médico Completo</i>   |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary<br><i>Reporte de la Descarga médico<br/>de alta del hospital</i> | <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____<br>_____                                 |

PATIENT NAME (PRINT) \_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente*

Date of Birth \_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento*

SIGNATURE \_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

Date \_\_\_\_\_  
*Fecha*