

THE SPINE DOC  
1518 Montclair Road Birmingham, Alabama 35210

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION  
INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

NAME/NOMBRE \_\_\_\_\_ SS#/SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCION \_\_\_\_\_ CITY/CIUDAD \_\_\_\_\_ STATE/ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE/CODIGO POTAL \_\_\_\_\_ j

AGE/EDAD \_\_\_\_\_ DOB/FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEX/SEXO: M F MARTIAL STATUS/ESTADO CIVIL: M(C) S W(V) D

WORK### DE TRABAJO \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_ CELL### DE CELULAR \_\_\_\_\_

EMAIL/CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ ER CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

REFERRED BY/REFERIDO POR \_\_\_\_\_

NAME & ADDRESS OF EMPLOYER/NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

Do you have Health Insurance?/Tiene seguro de salud? Yes (Si) No

If yes, Name & policy # of insurance/ Nombre y numero de la poliza de seguro \_\_\_\_\_

Is this condition due to Automobile accident/Esta condicion a sido debido a una accidente automovillistico? Yes (Si) No

Work related injury/Lesione relacionada con el trabajo? Yes (Si) No

Automobile accident, name and policy # of your automobile insurance/Nombre del accidente automovillistico y numero de poliza de su seguro del automovil \_\_\_\_\_

What was the date of your accident/Cual fue la fecha de su accidente? \_\_\_\_\_

Location (City,State)/Localizacion del accidente (ciudad,estado) \_\_\_\_\_

What was your position in the car/Cual era su posicion en el auto: Driver/Conductor? \_\_\_ Front passenger/Pasajero delantero? \_\_\_ Left passenger/Pasajero trasero izquierdo? \_\_\_ Right passenger/Pasajero trasero derecho? \_\_\_ Other/Otro? \_\_\_

Do you have pain in/Tiene dolor en:

\_\_\_ Neck(Cuello)                      \_\_\_ Arms/Shoulders(Brazos/Hombros)  
\_\_\_ Mid-Back(Media Espalda)        \_\_\_ Legs(Piernas)  
\_\_\_ Low Back(Espalda Baja)         \_\_\_ Other(Otro)

Does any of the following aggravate your pain/Alguno de lo siguiente agrava su dolor?

\_\_\_ Bending forward (Flexionándose hacia adelante)  
\_\_\_ Bending back (Inclinándose hacia atrás)  
\_\_\_ Bending left (Doblando a la izquierda)  
\_\_\_ Bending right (Doblando a la derecha)  
\_\_\_ Twisting left (Girando a la izquierda)  
\_\_\_ Twisting right (Girando a la derecha)  
\_\_\_ Coughing (Tosiendo)  
\_\_\_ Sneezing (Estornudar)  
\_\_\_ Standing (De pie)  
\_\_\_ Sitting (Sentado/a)  
\_\_\_ Lifting (Levantamiento)  
\_\_\_ Standing too long (De pie demasiado tiempo)  
\_\_\_ Sitting too long (Sentado/a demasiado tiempo)  
\_\_\_ Walking (Para caminar)  
\_\_\_ Walking up stairs (Subiendo escaleras)  
\_\_\_ Sleeping (Dormido)

Did you go to the hospital after the accident/Fue al hospital despues del accidente?

- Yes (Si)
- No

Did they take any x-rays/Le sacaron radiografia?

- Yes (Si)
- No

List medications you are taking/Lista de medicaciones que se está tomando:

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

List any medical problems, past accidents or surgery that you have had/Indique problemas médicos, accidentes o cirugia que haya tenido:

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

\_\_\_ Driving (Manejando)

What best describes your pain/Que describe su dolor?

- \_\_\_ Throbbing (Palpitante)
- \_\_\_ Spasm (Espasmos)
- \_\_\_ Burning (Ardiente)
- \_\_\_ Shooting (Punzante)
- \_\_\_ Tightness/Stiffness (Presion/Rigidez)
- \_\_\_ Aching (Dolor)
- \_\_\_ Numbing (Adormecer)

I understand and agree that health and accident insurance policies are an arrangement between an insurance carrier and me. I clearly understand and agree that I am personally responsible for payment of all services rendered to me. I agree to pay any and all collection and/or attorney fees for any efforts made to collect my balance. I authorize the release of any and all information to insurance and attorneys as needed to resolve any account and authorize payment of medical benefits to THE SPINE DOC.

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Entiendo claramente y acepto que soy personalmente responsable del pago de todos los servicios que se me brindan. Estoy de acuerdo en pagar todos y cada uno de los honorarios de cobranza y / o abogado por cualquier esfuerzo realizado para cobrar mi saldo. Autorizo la divulgación de cualquier y toda la información a seguros y abogados según sea necesario para resolver cualquier cuenta y autorizar el pago de beneficios médicos a THE SPINE DOC.

Patient's Signature/Firma del paciente \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

Guardians Signature/Firma de los Guardianes \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

**Receipt of Notice of Privacy Covered Entities Written Acknowledgement Form**  
**Recibo del formulario de acuse de recibo por escrito de las Entidades Cubiertas de Privacidad**

I have received a copy of THE SPINE DOC's Privacy Notice/He recibido una copia del Aviso de privacidad de THE SPINE DOC.

Patient's Signature/Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

Name of any other person who may receive medical information about you/Nombre de cualquier otra persona que pueda recibir información médica sobre usted: \_\_\_\_\_