WeCare Medical Specialty Group
2040 Millburn Ave #201, Maplewood, NJ 07040
Phone: (973)996-2990 Fax: (908)242-3911

Registración Para El Paciente De Seguro Medico

Médico Que lo referio: _____ Numero de teléfono del Médico:_____

Medico de Familia: _____ Numero de teléfono del Medico: _____

Nombre: _____Fecha de Nacimiento: _____

SSN #: _____

Sexo: □ Masculino □ Femenino Estado Civil: □ Casado □ Soltero □ Divorciado

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono alternativo: _____ Email: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Estado actual del empleo: □ Tiempo completo □ Tiempo parcial □ Retirado □ Estudiante □ fabricante Inicio
□ Desempleado □ Incapacitado □ Trabaja para Ud. mismo

Los más recientes Ocupación: _____ Empleador: _____

Cual es su seguro Medico Primario: _____Seguro medico secundario:_____

Estatura: _____ Peso: _____

¿Fuma? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Consume alcohol? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?_____

¿Tiene alguna alergia? □ Sí □ No En caso afirmativo, indique _____

Haga una lista de las condiciones médicas actuales y el proveedor de atención médica después de accidente de auto:

_____
_____
_____

Haga una lista de las condiciones médicas pasadas y el proveedor de atención médica antes de accidente de auto:

_____
_____
_____

Enumere todas las cirugías y año:

_____
_____
_____

WeCare Medical Specialty Group
2040 Millburn Ave #201, Maplewood, NJ 07040
Phone: (973)996-2990 Fax: (908)242-3911

Por favor haga lista de medicamentos con la dosis y la frecuencia que usted está tomando:
_____
_____
_____
_____
_____

El nivel de dolor menos (siendo 0 la menor cantidad de dolor): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El nivel de dolor peor (siendo 10 el maximo cantidad de dolor): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál de los siguientes tratamientos que ha tenido para el dolor? Marque todas las que apliquen.

□ Durante el analgésico contra (como Motrin, Advil, aspirina, Aleve, Tylenol)
□ Cirugía □ Terapia Física □ □ Acupuntura Quiropráctica
□ Los bloqueos nerviosos e inyecciones (como la epidural, inyecciones de faceta, etc)
□ □ TENS Toxina Botulínica □ Biofeedback training / Relajación □ Consejería / Psicoterapia
□ Otro: _____

¿Cuál de los siguientes a que su dolor se sienta peor? Marque todas las que apliquen.
□ □ De pie Sentado □ □ Walking Acostarse □ □ flexión hacia adelante dobla al revés □ hora Mañana
□ □ hora tarde toser, estornudar □ clima húmedo □ □ Terapia física Levantarse de la cama □ Estrés
□ Otro: _____

¿Cuál de los siguientes a que su dolor se sienta mejor? Marque todas las que apliquen.
□ □ De pie Sentado □ □ Walking Acostarse □ □ flexión hacia adelante dobla al revés □ hora Mañana
□ □ hora tarde Relajación □ □ Fisioterapia Acupuntura Heat paquete □ □ □ Ice alcohólica
□ Otro: _____

Firma_____ Fecha_____