



TEXAS MEDICAL INSTITUTE

6789 Camp Bowie Blvd
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100
Dallas TX 75247

COMPENCAION DEL TRABAJO

PACIENTE DEMOGRAFICO

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Dia de Nacimiento: _____ S.S#: _____
Direccion: _____

Numero y Nombre de Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
#deCasa: _____ Celular: _____
Trabajo: _____

INFORMACION de EMPLEO

Nombre de Empleadores: _____

Direccion: _____

Numero y nombre de Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Dia de Herida: _____ Hora _____ am/pm

Su Actual Posición/Título: _____
El estatus actual del Trabajo antes de herida: Tiempo lleno Tiempo de parte
Temporario Contrato Otro

Esta Fuerar del Trabajo: Si No Ultimo Dia que Trabajo: _____

El plazo de tiempo trabajó antes de herida: _____ Años _____ Meses _____ Dias

El tipo del trabajo que estaba hacienda cuando sucedio la herida: _____

Locacion donde sucedio la herida incuyendo Cuidad y Estado: _____

En sus propias palabras, describa el accidente: _____

¿Reporto el Accidente al empleador? Si No ¿Si si a quien? _____

Nombre _____ Título _____

¿Fue usted hostipalized debido a esta herida? Si No

¿ A Cuál hospital fue usted admitido? _____

¿Cuánto tiempo fue su estancia? _____ A _____
Dia Admitido _____ Dia de Descargue _____

¿Antes de este accidente, jamás ha tenido usted cualquiera de las quejas físicas semejantes a lo que usted tiene ahora? Si No Si sí describe por favor: _____

¿Fueron estas quejas semejantes el resultado de un accidente anterior (s)? Si No
Si sí, proporciona por favor detalles de accidente (s): _____

¿Ha vuelto usted trabajar desde este accidente (s)? Si No
Si usted ha regresadoa trabajar; la Fecha de regreso?: _____
deber lleno deber Ligero / tiempo completo Tiempo de parte
Titulo/Posision: _____

TEXAS MEDICAL INSTITUTE

6789 Camp Bowie Blvd
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100
Dallas TX 75247

HISTORIA CLINICA

¿Qué tratamiento ya ha recibido usted para su condición?

- Cirugía: La cirugía Fue _____ Exitosa _____ Fracaso/donde fue echa? _____
 Terapia Físico: Su terapia Fue _____ Exitosa _____ Fracaso/donde fue echa? _____
 Servicio de Quiropráctica: Fue su tratamiento _____ Exitosa _____ Fracaso/donde fue? _____
 Otra _____

Nombre y Direccion del otro Doctor(es) quién le trató para su condición: _____

La fecha de Ultimo: Examen físico _____ Radiografía de espinal _____
 Análisis de sangre _____ Examen de espinal _____
 Radiografía torácica _____ Prueba de orina _____ Radiografía dental _____
 MRI, el CT-ESCANER, Escáner de Hueso _____

Coloque una marca en "Sí" o "No" indicar si usted ha tenido cualquiera de lo Siguiente:

- SIDA/VIH Si No Viruela de pollo Si No Afección hepática Si No Arthritis Reumatoide Si No
 Alcoholismo Si No Diabetes Si No Sarampión Si No Fiebre Reumática Si No
 Inlesiones Alergicas Si No Enfisema Si No Migraña de Caveza Si No Fibre Escarlatina Si No
 Anemia Si No Epilepsia Si No Aborto Si No Enbolio Si No
 Anorexia Si No Fracturas Si No Mononucleosis Si No Atemto de suicidio Si No
 Apndicitis Si No Glaucoma Si No Múltiple Esclerosis Si No Problemas de Tiroides Si No
 Artritis Si No Bocio Si No Paperas Si No Amigdalitis Si No
 Asma Si No Gonorrea Si No Osteoporosis Si No Turberculosis Si No
 Desórdenes de Bleeding Si No Gota Si No Marcapasos Si No Tumores, Crecimientos Si No
 Seno Amontona Si No Enfermedad cardíaca Si No Parkinson's Si No Fiebre Tifoidea Si No
 Bronquitis Si No Hepatitis Si No Nervio pellizado Si No Ulceras Si No
 Bulimia Si No Hernia Si No Peneumonia Si No Infecciones Vaginales Si No
 Cáncer Si No Hernió Disco Si No Polio Si No Enfermedad Venérea Si No
 Cataratas Si No Herpes Si No Problemas de Próstata Si No Gritando Tos Si No
 Dependencia química Si No Colesterol Alto Si No Prótesis Si No Otro _____

Enfermedad renal Si No ¿Ha tenido usted alguna enfermedad nerviosa o mental? Si No

¿Ha tenido usted cuidado psiquiátrico? Si No ¿Ha recibido usted una descarga médica de las Fuerzas armadas? Si No

<u>EJERCICIO</u>	<u>HABITOS de TRABAJO</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sentar	<input type="checkbox"/> Fumar	Paquetes/al dia _____
<input type="checkbox"/> Modere	<input type="checkbox"/> Posición	<input type="checkbox"/> Alcohol	Bebidas/al la semana _____
<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Trabajo ligero	<input type="checkbox"/> Cafeína	Tazas/Diarias _____
<input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Trabajo pesado	<input type="checkbox"/> Nivel alto de Stress	Rason _____

SOL MUJERES: ¿Está usted embarazada? Si No Si sí Fecha de nacimiento: _____ # de Embarazos _____

El método de entrega: La C-sección # _____ Vaginal# _____ Miscarriages# _____

Otras Cirugías Femeninas: _____

Las heridas/Y Cirugías que usted ha tenido	Descripciones	Fecha
Callidas	_____	_____
Heridas en la cabeza	_____	_____
Huesos rotos	_____	_____
Dislocaciones	_____	_____
Cirugías	_____	_____

<u>MEDICAMENTOS</u>	<u>ALERGIAS</u>	<u>VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de Farmacia: _____ # de Telefono: _____



TEXAS MEDICAL INSTITUTE

6789 Camp Bowie Blvd
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100
Dallas TX 75247

COMPENACION DEL TRABAJO

DESCRIPCION DEL TRABAJO

(En función de un día de trabajo de 8 horas, significa "ocasionalmente" 33%, Signifique" con "frecuencia" 34% a 66%, Y "segido" significa 67% a 100% todo el día)

En un día laborable de 8 horas típico, yo: (circulo# de horas/actividad)

Sentado	1	2	3	4	5	6	7	8	horas
Parado	1	2	3	4	5	6	7	8	horas
Caminando	1	2	3	4	5	6	7	8	horas

En el trabajo, yo realico las actividades siguientes:

	NADA EN ABSOLUTO	OCASIONALMENTE	CON FRECUENCIA	CONTINUAMENTE
Doblarse/escalinata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrastrase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcance sobre hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empujar/Tirando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el trabajo, Yo levanto:

	NADA EN ABSOLUTO	OCASIONALMENTE	CON FRECUENCIA	CONTINUAMENTE
Hasta 10 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 a 24 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 a 34 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 a 50 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 a 74 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 a 100 libras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted que agacharse al hacer cualquier levantar? Si No

¿Son utilizados los pies para movimientos repetitivos, como en controles operadores de pie?

Si No

Utiliza las manos para acciones repetitivas, como:

	AGARRAR SENCILLO	AGARRAR EMPRESANDO	MULTE MANIPULACION
MANO DERECHA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
MANO IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Es requerido usted trabajar en alturas sin protección? SI NO

Describe: _____

¿Es requerido usted estar alrededor de maquinaria móvil? SI NO

Describe: _____



6789 Camp Bowie Blvd
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100
Dallas TX 75247

COMPENACION DEL TRABAJO

DESCRIPCION DEL TRABAJO continuasion

¿Es expuesto usted a cambios marcados en la temperatura y la humedad? SI NO

Describe: _____

¿Es requerido usted manejar equipo automatico/ automotor? SI NO

Describe: _____

¿Es expuesto usted quitar el polvo, los vapores y/o los gases? SI NO

Describe: _____

Liste por favor algún comentario adicional:

Signature

Date

¿Cómo se enteró usted de nuestra oficina? _____



TEXAS MEDICAL INSTITUTE

6789 Camp Bowie Blvd
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100
Dallas TX 75247

AUTORIZACION PARA EL RIALISO DE INFORMACION

Yo autorizo

para realizar informacion de mi medico, educacion, psiquiatrico/de droga/registros de alcohol.

Especificamente: Historia pasada & Fisico Notas de Enfermera EEG/EKG/CAT Scan
 Resumen de Descargo Notas de serv. Social Ordenes del doctor medico
 Notas operativas Laboratorio Otro especifica por favor:
 Notas de progreso del doctor medico Radiología _____

Del periodo de tiempo de _____ a _____
Para el Sigiente Proposito _____

Esta informacion puede ser realizada a: Texas Medical Institute

6789 Camp Bowie Blvd
Fort Worth TX 76016
Fax: 817-731-2157

3304 SE Loop 820
Fort Worth TX 76140
Fax: 817-615-8635

John W. Carpenter FWY Ste 100
Dallas TX 75247
Fax: 214-459-3711

Comprendo que el tipo especifico de informacion para ser revelado puede incluir una historia de la droga o el alcohol o de tratamiento mental de salud de una enfermedad transmisible. (SIDA, Historia de VIH, la Hepatitis, Etc.)

Comprendo expresamente y concuerdo que ninguna responsabilidad legal de cualquier naturaleza conectará al médico que asiste o el empleado a afectar esta autorización.

Comprendo que puedo revocar este consentimiento en tiempo menos a la extension que esa accion ha sido aceptada dependencia en ello y en eso en todo caso este consentimiento se vensa 90 dias de descarga del paciente, a menos que otra fecha sea especificada:
(Especificación de la fecha o el acontecimiento sobre que este consentimiento se vensa) _____

Una fotocopia o el facsimile de esta autorización serán tan afectivas como una original.

Firma del Paciente

Fecha de hoy

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

M F

Ultimos cuatro #del S.S

El esposo/a, el Padre o el Guardián Firma

Fecha de hoy

Relación

Firma del Presencie

PROHIBICION EN REDISCLOSER: Esta informacion es revelada a usted de registros cuyo es protegido confidencialmente por la ley federal. La revelacion adicional de esta informacion menos con consentimiento escrito especifico de paciente es prohibido.



6789 Camp Bowie Blvd
Fort Worth TX 76016

3304 SE Loop 820
Fort Worth TX 76140

John W. Carpenter FWY Ste 100
Dallas TX 75247

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____
(Imprima Nombre)

Omita algun declaración, que usted no desea autorizar marcando una línea por la declaración con inicial y fecha.

Consiento de Tratamiento: Yo, como el paciente o a favor del paciente, por la presente consiento a y autoriza todo médico, la quiropráctica y tratamiento terapéutico consideraron necesario o aconsejaron en el juicio del médico de turno. Comprendo que ningunas garantías y/o las certezas han sido hechas en cuanto a los resultados que pueden ser obtenidos.

El Acuerdo Financiero: Yo por la presente garantizo pago para servicios en **Texas Medical Institute en 6789 CampBowie Blvd;Fort Worth TX y/o 3304 S.W. Loop 820 Fort Worth TX.** Yo comprendo que seré tenido responsable del costo del tribunal, de los gastos judiciales, o de honorarios de agencia que pueden ser contraídos en la colección de la cuenta.

La tarea de Beneficios: Yo por la presente autorizo todas compañías de seguros para pagar directamente a **Texas Medical Institute** y cualquier proveedor adicional, cualquier proveedor, cualquier beneficio y los honorarios bajo mi póliza de seguros o políticas. Comprendo que esta orden no alivia cualquiera de mis obligaciones de pagar la cuenta ni ningún equilibrio que no es cubierto ni es pagado por el portador de compañía de seguros que puede ser mi responsabilidad.

La Liberación de Información Médica: Yo por la presente consiento y autorizo **Texas Medical Institute** y cualquier proveedor adicional, cualquier proveedor para soltar cualquier información médica con respecto a los servicios rendidos para la determinación de beneficios y/o colección de dijo beneficio de mi portador de seguro de enfermedad.

Facilidad de Enseñanza: Comprendo que **Texas Medical Institute** es afiliado con facultades de medicina, cuidando las escuelas, y otros programas académicos y médicos por lo tanto residentes, los internos, y los estudiantes pueden ser implicados con mi cuidado.

Los Enfermeros/Médico Ayudante: Comprendo que **Texas Medical Institute** proporciona el cuidado por Médicos, por los Enfermeros, y por Ayudantes de Médico. Los Enfermeros/as y los Ayudantes del Médico no son médicos, pero la función bajo la supervisión de un médico o directamente o a través de protocolos establecidos por el médico.

HE LEIDO LA AUTORIZACION, EL CONSENTIMIENTO, Y ELI ACUERDO Y YO
ACEPTO LOS TERMINOS DESCRITOS ARRIBA.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

La Firma de Paciente o Partido Responsable: _____

Relación: _____

Firma de Testigo _____ Fecha: _____