

Orthopedic Institute at Renaissance

5540 Raphael Dr. Edinburg, TX 78539 Ph: 956-362-6683 Fax: 956-362-6818

New Patient Injury Report

- Haissam Elzaim, MD Carissa Kirk, DO Salvador Mendez, MD
Kip Owen, MD Patrick-Wesley Sander, MD Michael Serra Torres, MD

Area del cuerpo por examinarse: Izquierdo Derecho Ambos

Tratamiento médico debido a: Lesión Laboral Lesión Deportiva Accidente de Auto Reincidencia de Lesión
Lesión por Caída Lesión por Cargar Dolor Inicial Causa Desconocida

Fecha de la lesión o fecha aproximada del inicio del dolor o síntomas:

¿Cómo y donde ocurrió la lesión?

¿Qué actividad estaba haciendo?

¿Estaba trabajando cuando ocurrió la lesión? Si No

Fecha del primer tratamiento aparte de esta oficina/donde:

¿Ha tenido terapia física? Fecha de última sesión:

Anote todo medicamento para dolor que ha tomado para esta condición:

Nivel de dolor actual 0-10: Nivel de dolor en un mal día 0-10:

¿Se le ha tomado radiografías, MRI, CT Scans? Fecha: Lugar:

Antecedentes Médicos

¿Tiene alergia a alguna medicina? Si No Si acaso es así, favor de anotarlo:

- Tiene o ha tenido: Diabetes Asma Alta Presión Sanguínea Alergias
Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades del Hígado Trastornos Sanguíneos Enfermedades Renales Cáncer

Historial Quirúrgico (tipo, año, y complicaciones):

¿Fuma? Si No ¿Qué tanto al día? ¿Toma? Si No

¿Está embarazada o hay posibilidad de que esté embarazada? Si No

Lista de medicamentos que ha tomado los últimos tres meses:

Farmacia Preferida (Nombre/Ubicación/# de Teléfono):

Revisión de Sistemas

Al revisar esta lista, favor de marcar cualquier problema que le haya afectado significativamente. Ninguno de estos

- S N Endocrino S N Cardiovascular S N Piel S N Neurológico S N Oídos-Nariz-Garganta
S N Constitucional S N Respiratorio S N Hematológico S N Gastrointestinal

Firma del Paciente:

Fecha:

Hora:



ORTHOPEDIC INSTITUTE AT RENAISSANCE

Doctors Hospital at Renaissance Health System

New Patient Injury Report



Orthopedic Institute at Renaissance
 5540 Raphael Dr. Edinburg, TX 78539 Ph: 956-362-6683 Fax: 956-362-6818
Patient Registration Form / Forma De Registro Del Paciente

I was referred to this practice by: self newspaper friend doctor yellow pages internet other
 Fui referido a esta clinica por: yo mismo periodico amigo medico directorio Internet otro

Patient's Name/Nombre del Paciente: _____ SSN/# Social: _____-_____-_____

M F DOB/Fecha de Nacimiento: _____ Marital Status/Estado Civil: _____

Home Phone/Telefono de Casa: _____-_____-_____ Mobile ##/ Celular: _____-_____-_____

Email Address/Correro Electronico): _____

Physical Address/Direccion Fisica: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____

Mailing Address/Direccion De Correo: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____

Employed/Empleado Retired/Jubilado Unemployed/Desempleado Minor/Menor Student/Estudiante Disabled/Discapitado

Since your last visit have you been seen by any other physician and/or hospital for treatment _____
 Desde su ultima visita con nuestra clinica a sido tratado por algun otra medico o hospital _____

Person to contact in case of emergency/Persona que podemos contactar en caso de emergencia

1. Name/Nombre: _____ Relationship/Relacion: _____

Home Phone/Telefono de Casa: _____-_____-_____ Mobile ##/ Celular: _____-_____-_____

2. Name/Nombre: _____ Relationship/Relacion: _____

Home Phone/Telefono de Casa: _____-_____-_____ Mobile ##/ Celular: _____-_____-_____

Insurance Information/Informacion de Seguro Medico

Primary Insurance/Nombre de Seguro Medico Principal: _____

Primary Insured Name/Asegurado Principal: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Insurance ID/Identificacion del Seguro: _____ Group### de Grupo: _____

SSN/# Social: _____-_____-_____

Secondary Insurance/Nombre de Seguro Medico Secundario: _____

Primary Insured Name/Asegurado Principal: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Insurance ID/Identificacion del Seguro: _____ Group### de Grupo: _____

SSN/# Social: _____-_____-_____

Is this a work related injury? Yes No Is this a school sponsored sport injury? Yes No

Payment is required at time of service unless prior arrangements have been made. Please indicate your preferred method of payment/El pago es requerido en el momento de servicio, al menos que se haigan hecho arreglos antes. Por favor indique su metodo preferido de pago.

Cash/Efectivo Check/Cheque Credit Card/Targeta de Credito (Visa/Mastercard) Other/Otro _____

Your signature below indicates your consent for medical treatment and responsibility for fees. I authorize the release of any medical information and treatments to my insurance company for purpose of payment. I hereby authorize the payment of medical benefits to the physician an affiliate of Doctors Hospital at Renaissance.

Al firmar, en la seccion de abajo, usted esta dando su consentimiento para recibir tratamiento como paciente y la responsabilidad de pagar su cuenta. Yo autorizo la entrega de cualquier informacion medica adquirida durante mi examinacion y tratamientos, a mi compania de seguro medico para efectos de pago. Yo autorizo el pago directo de beneficios medicos al medico que es un afiliado con Doctors Hospital at Renaissance.

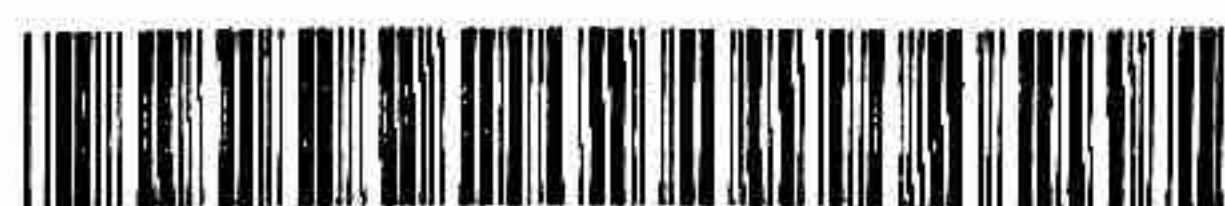
Patient Signature/Firma del Paciente: _____ Date/Fecha: _____ Time/Hora: _____



**ORTHOPEDIC INSTITUTE
 AT RENAISSANCE**

Doctors Hospital at Renaissance Health System

**PATIENT
 REGISTRATION
 FORM**



Orthopedic Institute at Renaissance
 5540 Raphael Dr. Edinburg, TX 78539 Ph: 956-362-6683 Fax: 956-362-6818
New Patient Injury Report

Haissam Elzaim, MD Carissa Kirk, DO Salvador Mendez, MD
 Kip Owen, MD Patrick-Wesley Sander, MD Michael Serra Torres, MD

Area of the body to be examined: _____ Left Right Both

Medical Treatment is due to: Work Related Injury Sports Injury Auto Accident Re-Injury
 Injury due to a fall Injury due to lifting Onset Pain Cause Unknown

Date of Injury or approximate date of onset of pain or symptoms: _____

How and where did injury occur? _____

What activity were you performing? _____

Were you on the job when the injury occurred? Yes No

First date of treatment other than this office/where: _____

Have you been doing physical therapy? _____ Date of last session: _____

List all pain medications that you have been taking for this condition: _____

Current pain level 0-10: _____ Pain level of a bad day 0-10: _____

Have you had any previous X-Rays, MRI, CT Scans done? Date: _____ Location: _____

Past Medical History

Are you allergic to any medications? Yes No If Yes, Please List: _____

Have you had or do you have: Yes No Heart Disease Yes No Details: _____
 Diabetes: Yes No Liver Disease Yes No Details: _____
 Asthma: Yes No Blood Disorders Yes No Details: _____
 High Blood Pressure: Yes No Kidney Disease Yes No Details: _____
 Allergies: Yes No Cancer Yes No Details: _____

Surgical History (type, year, and complications): : _____

Do you smoke? Yes No How much per day? _____ Do you drink? Yes No

Are you pregnant or is there any chance that you might be pregnant? Yes No

List of medications taken in the last three months: _____

Preferred Pharmacy (Name/Location/Phone #): _____

Review of Systems

As you review the following list, please check any problems which have significantly affected you. None of these

Y N Endocrine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Change in Appetite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Increased Urination <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Increased Thirst	Y N Cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest Tightness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rapid Heart Beat	Y N Skin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rashes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin Lumps <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Excessive Itching	Y N Neurological <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tremors <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seizures
Y N Constitutional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Weakness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unexplained Weight Loss	Y N Respiratory <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronic Cough <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Shortness of Breath	Y N Hematologic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bleeding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Easy Bruising <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enlarged Lymph	Y N Gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhea

Patient Signature: _____

Date: _____

Time: _____



**ORTHOPEDIC INSTITUTE
AT RENAISSANCE**

Doctors Hospital at Renaissance Health System

**New Patient
Injury Report**

