

# Texas Orthopaedic Spine Center

Rubin Bashir M.D.

## THIS FORM REQUIRED FOR EACH VISIT

PATIENT NAME: _____	DATE: _____	DATE OF INJURY: _____
PHONE NUMBER: _____	DATE OF BIRTH: _____	
ADDRESS: _____	CITY, STATE, ZIP _____	

**Please circle the following area(s) you are currently having any problems, signs, or symptoms in:**

General wellness	Neurological	Eyes	Allergies	Joints/Bones
Skin	Reproduction/Urinary	Ears/Nose, Throat	Thyroid/Endocrine	Blood/Lymph
Stomach/Digestion	Depression	Nervousness	Lungs/Breathing	Other (Explain)
Heart/Circulation	Dizziness	Giddiness	Fatigue	
Trouble Sleeping	Memory	Chest Pain	Muscles	

**Pain level on scale 1-10:** \_\_\_\_\_

**What type of pain do you feel?**

Itching	Aching	Locking
Swelling	Limping	Weakness
Tingling	Numbness	Giving-Away
Burning	Stabbing	Throbbing
Other:		

**Where is the Pain?**  
Please state right/left when referring to extremity

**How often is the pain?** Constant Occasional Seldom

**When does the pain occur?** Morning Afternoon Night

**How is the pain usually brought on?**

**What other problems do you have that you feel are because of the pain?**

Headaches	Bowel Problems
Blurring Vision	Bladder Problems
Erectile Dysfunction	
Other:	

**What relieves your pain?**

Rest	Elevation of the Body Part
Medications	Physical Therapy
Other:	

**What makes your pain worse?**

Bending	Standing	Running
Riding in Vehicles	Walking	
Changes in Weather	Stooping	
Other:		

**Have you seen any other doctors since your last visit?**  
**Yes No**  
If Yes, Name: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
Reason: \_\_\_\_\_

**Have you had any tests since your last visit?**  
**Yes No**  
If Yes, Name: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
Reason: \_\_\_\_\_

**Reason for today's visit:**

**List any allergies you have:**

**Current Medications:**

**Preferred Pharmacy:**

**Pharmacy phone number:**

**Since your last visit, please note any changes to marital status, job, smoking or drinking history:**

**ADDITIONAL COMMENTS / COMMENTARIOS:**

# Texas Orthopaedic Spine Center

*Rubin Bashir M.D.*

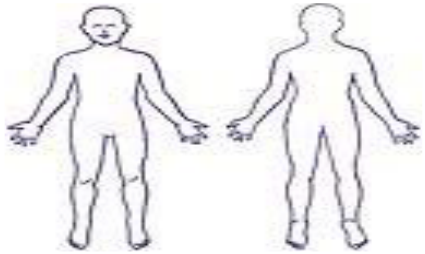
## PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

<b>In case of Emergency Call:</b> <i>En caso de emergencia llamar a:</i>		Phone #/ Telefono	Date/ Fecha
<b>Patient Name/</b> <i>Nombre del paciente</i>		Ph #/ Telefono	
<b>Address/</b> <i>Direccion</i>	<b>Referring doctor/</b> <i>Doctor de Referencia</i>		SSN:
<b>City, State Zip/</b> <i>Estado, Codigo Postal</i>			Email:
<b>D.O.B./</b> <i>Fecha de Nacimiento</i>	<b>Age/</b> <i>Edad</i>	<b>Sex/</b> <i>Sexo</i>	<b>Marital Status/</b> S M W D <i>Estado Marital</i>
<b>Place of Employment/</b> <i>Lugar de trabajo</i>		<b>Occupation/Ocupacion</b>	<b>Emp. Phone/Telef. De Trabajo</b>
<b>Employment Address Including zip Code/</b> <i>Direccion</i>			
<b>METHOD OF PAYMENT / METODO DE PAGO:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Self Pay /</b> <i>Paga el paciente</i>		<input type="checkbox"/> <b>WIC /</b> <i>Compensacion de trabajo</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Group Insurance /</b> <i>Seguro de Grupo</i>		<input type="checkbox"/> <b>Attorney /</b> <i>Abogado</i>	

## INSURANCE INFORMATION INFORMACION DE LA ASEGURANZA

<b>Name of Insurance Co./</b> <i>Nombre de la Compania de Seguro</i>		
<b>Address including zip code/</b> <i>Direccion incluyendo codigo postal</i>		
<b>Name of Adjustor/</b> <i>Nombre del Adjustor</i>	<b>Phone/</b> <i>Telefono</i>	<b>Fax</b>
<b>DATE OF INJURY/</b> <b>FECHA DEL ACCIDENTE</b>	<b>Claim of Group #/</b> <i>Numero de Poliza</i>	
<b>Area of body approved:</b>		
<b>Name of Insured/</b> <i>Nombre del Asegurado</i>	<b>SS#</b>	<b>If patient is a dependent, give name of insured person</b>
<b>Patient Referred by/</b> <i>Referido por:</i>	<b>Relation to insured</b> [ ]Spouse [ ]Son [ ]Other <i>Relacion con asegurado</i> [ ]Esposo [ ]Hijo [ ]Otro	
<b>Authorization to release information. I hereby authorize the undersigned physician to release any information acquired in the course of my examination or treatment.</b> <i>Autorizacion para dar informacion. Yo doy mi autorizacion a mi doctor para dar informacion en el curso de me tratamiento.</i>	<b>Authorization to pay benefits to the physician. I hereby authorize payment directly to the undersigned physician of surgical and/or medical benefits, if any, otherwise payable to me for his services. I understand that this authorization does not release me from my personal responsibility for payment of all charges.</b>	
<b>SIGNED (Patient or parent, if minor)</b> <i>FIRMA (Paciente o padre si el paciente es un menor)</i>	<b>SIGNED (Insured person)</b> <i>FERMA DEL ASEGURADO</i>	
<b>DATE/FECHA</b>	<b>DATE/FECHA</b>	

<b>MEDICAL HISTORY FORM/ FORMA DE HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE</b>	NAME/NOMBRE _____	AGE/EDAD _____	BIRTHDATE: FECHA DE NACIMIENTO _____
	OCCUPATION/OCCUPACION: _____	SEX/SEXO _____	DATE OF INJURY/FECHA DE HERIDO _____

<b>REASON FOR OFFICE VISIT</b>	
Where did injury occur? <i>Adonde ocurrio?</i> <input type="checkbox"/> At work/ <i>En el trabajo</i> <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i> Describe if other/ <i>Describe si es otro:</i> _____ Present Symptoms/ <i>Sintomas presentes:</i> <input type="checkbox"/> Pain/ <i>Dolor</i> <input type="checkbox"/> Numbness/ <i>Adormecido</i> <input type="checkbox"/> Unable to bend/flex/lift/move without pain/ <i>No se puede estirar o doblar sin dolor</i> Have you suffered a previous injury of any kind to the same area of the body? <i>Ha sufrido cualquier otra clase de accidente en la misma parte del cuerpo?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No Have you suffered a previous injury? <i>Ha sufrido accidentes previos</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No A previous automobile injury? <i>Un Accidente de automovil previo?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No	Please mark with an "X" the areas which you feel pain or discomfort/ <i>Por favor marquee con una "X" en areas en cuales siente dolor o malestar</i>  FRONT/FRENTE      BACK/ATRAS

<b>PRESENT MEDICAL TREATMENT TRATAMIENTO MEDICO PRESENTE</b>	
Are you presently seeing a doctor?/ <i>¿ Actualmente está viendo a un médico?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No    Name/ <i>Nombre de medico</i> _____ Date first seen/ <i>Fecha de la primera visita</i> _____    Date last seen/ <i>Fecha de la ultima visita</i> _____ Are you presently receiving medical treatment or physical therapy/ <i>Esta usted recibiendo tratamiento medico o terapia fisica?</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please indicate date of last treatment/ <i>Si su respuesta es afirmativa, indique la fecha de el ultimo tratamiento</i> _____ What type of treatment are you receiving? <i>Describe la naturaleza de el tratamiento recibido</i> _____	

<b>PAST MEDICAL HISTORY HISTORIA MEDICO</b>			
Cancer	Lupus	Blood Disease	<i>Enfermedades de la sangre</i>
Hepatitis <i>Hepatitis</i>	Asthma <i>Asma</i>	Venereal Disease	<i>Enfermedades venereas</i>
Anemia <i>Anemia</i>	Emphysema <i>inflamacion pulmonar</i>	Thyroid Disease	<i>Enfermedades de la Tiroides</i>
HIV	Lung Disease <i>Enfermedades Pulmonares</i>	Diabetes.....	<i>Diabetis</i>
AIDS	Heart Disease <i>Enfermedad del Corazon</i>	Other	<i>Otro</i>

<b>PREVIOUS SURGERY – HOSPITALIZATION PREVIAS CIRUGIAS – HOSPITALIZACION</b>		
Please list all surgeries or serious illnesses requiring hospitalization, starting with the last: <i>Favor enumere toda cirugias o enfermedades serias que haya requerido hospitalizacion</i>	DATE / FECHA	INJURY/ILLNESS / ACCIDENTE/ENFERMEDAD
	_____	_____
	_____	_____
Please list all medications that you are presently taking. <i>Por favor anote todas las medicaciones que este tomando ahora:</i> _____ Please list all drug allergies. <i>Por favor enumere toda las alergias a medicamentos:</i> _____		

<b>PERSONAL HISTORY HISTORIA PERSONAL</b>			
YOUR CHILDREN/SUS NINOS:			
Number Living, Cuantos Vivos _____		List any serious diseases in children <i>Anote enfermedades serias de sus hijos</i> _____	
Number deceased/ <i>Numero de fallecidos hijos:</i> _____		Causes/ <i>Causas:</i> _____	
Regularly exercise (3 or 4 times/week) <i>Hace ejercicios 3 o 4 Veces a la semana</i>	No	Yes/Si	Were you ever a heavy drinker <i>Ha sido usted alcoholico</i>
Use Illegal Drugs <i>Usa drogas ilegales</i>			Smoke <i>Fuma</i>
Use Alcohol <i>Toma bebidas alcoholicas</i>			If ever, when did you stop? <i>Si alguna vez lo hizo cuando paro?</i>
	No	Yes/Si	No
			Yes/Si

**REVIEW OF YOUR BODY SYSTEMS REVISION DE LOS SISTEMAS DEL CUERPO**

**PLEASE CIRCLE Y (Yes/SI) OR N (No)**

Do you have now or have you ever had any of the following? *Tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes?*

Eyes			Respiratory		
Y N	Double Vision	<i>Vision doble</i>	Y N	Shortness of Breath	<i>Dificultad al respirar</i>
Y N	Dry Eyes	<i>Ojos Secos</i>	Y N	Wheezing	<i>Chilido en el pecho</i>
Y N	Blurry Vision	<i>Vision Borrosa</i>	Y N	Cough	<i>Tos</i>
Y N	Eye Irritation	<i>Irritacion de Ojo</i>	Y N	Bloody sputum	<i>Sangre cuando escupe</i>
Ears			Y N	Nosebleeds	<i>Hemorragia Nasal</i>
Y N	Difficulty hearing	<i>Dificultad para escuchar</i>	Y N	Coughing blood	<i>Tosiendo Sangre</i>
Y N	Ear pain	<i>Dolor de oido</i>	Genitourinary		
Nose			Y N	Kidney Stone(s)	<i>Calculos en los Rinones</i>
Y N	Nosebleeds	<i>Hemorragia nasal</i>	Y N	Blood in urine	<i>Sangre cuando orina</i>
Y N	Sinus Problems	<i>Problema Sinusal</i>	Y N	Painful urination	<i>Dolor cuando orina</i>
Y N	Sputum/Esputo Color: _____		Y N	Nocturia	<i>Orina frecuentemente por la noche</i>
Throat			Y N	Pus in urine	<i>Pus en la orina</i>
Y N	Sore throat	<i>Dolor de Garganta</i>	Y N	Slow Stream	<i>Orina despacio</i>
Y N	Dry mouth	<i>Boca Seca</i>	Y N	Difficulty urinating	<i>Dificultad cuando orina</i>
Y N	Hoarseness	<i>Ronquera</i>	Y N	Loss of Urinary Control	<i>Perdie control de orina</i>
Y N	Mouth ulcers	<i>Ulceras en la Boca</i>	Y N	Incomplete emptying	<i>Vaciado incompleto</i>
Y N	Oral abnormalities	<i>Anomalias Orales</i>	Musculoskeletal		
Y N	Difficulty Swallowing	<i>Dificultad para tragar</i>	Y N	Swelling of Feet	<i>Inflamacion de los pies</i>
Cardiovascular			Y N	Leg pain	<i>Dolor en las piernas</i>
Y N	Chest pain or pressure	<i>Dolor o presion en el pecho</i>	Y N	Swollen Joints	<i>Articulaciones inflamadas</i>
Y N	Irregular heart beat	<i>Palpitaciones irregulares</i>	Y N	Backache	<i>Dolor de espalda</i>
Gastrointestinal			Y N	Painful Joints	<i>Articulaciones Dolorosas</i>
Y N	Vomited blood	<i>Vomita Sangre</i>	Neurological		
Y N	Indigestion	<i>Indigestion</i>	Y N	Stroke	<i>Derrame cerebral</i>
Y N	Abdominal Pain	<i>Dolor abdominal</i>	Y N	Epilepsy	<i>Epilepsia</i>
Y N	Diarrhea	<i>Diarrea</i>	Y N	Paralysis	<i>Paralisis</i>
Y N	Constipation	<i>Estrenimiento</i>	Y N	Abnormal bleeding	<i>Sangramiento anormal</i>
Y N	Change in bowel habits	<i>Cambio en sus habitos al ir al bano</i>	Y N	Fainting spells	<i>Sensaciones de desmayo</i>
Y N	Black/Blood in Stool	<i>Negro o Sangre cuando defeca</i>	Y N	Dizziness	<i>Mareos</i>
Y N	Yellow jaundice	<i>Color amarillo en la piel</i>	Y N	Change in Sensation	<i>Cambios en Sensacion</i>
Y N	Ulcers	<i>Ulceras</i>	Psychological		
Y N	Colitis	<i>Colitis</i>	Y N	Depression/Worry	<i>Deprimido/Preocupado</i>
Y N	Rectal Bleeding	<i>Sangramiento rectal</i>	Y N	Nervous Disorder	<i>Trastorno Nervioso</i>

**I acknowledge that I have reviewed this form in its entirety and that I have**

\_\_\_\_\_

**PHYSICIAN/PATIENT MEDICATION CONTRACT**  
**CONTRATO DE MEDICACIÓN PARA MEDICOS / PACIENTES**

**THE GOAL OF INTRACTABLE PAIN MANAGEMENT IS TO ENHANCE PHYSICAL, PSYCHOLOGICAL, AND SOCIAL WELL-BEING. THE RETURN OF OPTIMAL FUNCTION IS THE MAJOR EMPHASIS. / EL OBJETIVO DEL MANEJO INTRACTABLE DEL DOLOR ES MEJORAR EL BIENESTAR FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL. EL REGRESO DE LA FUNCIÓN ÓPTIMA ES LA MAYOR ÉNFASIS.**

1. **Patient will have regularly scheduled office visits with periodic blood draws to monitor drug side effects. At office visits, careful documentation will be made of drug efficacy, opioid toxicity and drug misuse or abuse.** / *El paciente tendrá visitas regulares al consultorio con extracciones periódicas de sangre para controlar los efectos secundarios de los medicamentos. En las visitas al consultorio, se realizará una cuidadosa documentación sobre la eficacia de los medicamentos, la toxicidad de los opioides y el uso indebido o abuso de drogas*
2. **Patient and physician will agree upon a time frame in which medication adjustments (titration) are made, aiming for at least partial relief of pain. After optimum dose of a selected drug has been determined and agreed-upon monthly quantity of drug will be prescribed. Some leeway in daily dosage may be approved by the physician.** / *El paciente y el médico acordarán un marco de tiempo en el que se realicen los ajustes de la medicación (titulación), con el objetivo de aliviar al menos parcialmente el dolor. Después de que se haya determinado la dosis óptima de un medicamento seleccionado y se haya acordado una cantidad mensual de medicamento recetada. El médico puede aprobar cierto margen en la dosis diaria.*
3. **Patient will use controlled substances as prescribed. Scheduled and breakthrough doses may be allowed if written by physician.** / *El paciente usará sustancias controladas según lo prescrito. Se pueden permitir dosis programadas e innovadoras si las escribe un medico.*
4. **Prescriptions will not be filled early due to lost or stolen prescriptions/drugs, going out of town, etc. In certain select situations (i.e. proof of theft with police report, or airline tickets if leaving town) exceptions may be made.** / *Las recetas no se surtirán antes de tiempo debido a recetas/drogas perdidas o robadas, salir de la ciudad, etc. En ciertas situaciones selectas (es decir, prueba de robo con informe policial o boletos de avión si sale de la ciudad), pueden existir excepciones.*
5. **Patient agrees to ensure the safe and secure storage of medications prescribed, to ensure that no one other than the patient will have access to the medications (i.e. children, houseguests, etc.).** / *El paciente acepta garantizar el almacenamiento seguro de los medicamentos recetados, para garantizar que nadie más que el paciente tenga acceso a los medicamentos (es decir, niños, huéspedes, etc.*
6. **No refills will be given on weekends, holidays, or after 5:00 p.m. on weekdays. Chart review for approval is not possible at these times.** / *No se realizarán recargas los fines de semana, feriados o después de las 5:00 p.m. de lunes a viernes. La revisión del cuadro para su aprobación no es posible en estos momentos.*
7. **Patient will not get any prescription narcotics, muscle relaxants, anti-anxiety medications, or other controlled substances without Spine, Orthopaedic & Pain Surgical Partners' approval.** / *El paciente no recibirá narcóticos recetados, relajantes musculares, medicamentos contra la ansiedad u otras sustancias controladas sin la aprobación de los socios quirúrgicos de columna, ortopedia y dolor.*
8. **Drug hoarding, diversion, or acquisition elsewhere will result in tapering of opioid dosage and cessation of maintenance therapy.** / *El acaparamiento, el desvío o la adquisición de medicamentos en otros lugares dará como resultado la disminución de la dosis de opioides y el cese de la terapia de mantenimiento.*
9. **Patient will not drink alcohol with any controlled substances or medications prescribed for pain control, muscle relaxation, and/or anxiety.** / *El paciente no tomará alcohol con ninguna sustancia controlada o medicamentos recetados para el control del dolor, la relajación muscular y / o la ansiedad.*
10. **If adequate pain control is not achieved on an outpatient basis, patient may be hospitalized for pain control and adjustment of medications.** / *Si no se logra un control adecuado del dolor de forma ambulatoria, el paciente puede ser hospitalizado para controlar el dolor y ajustar los medicamentos.*
11. **Patient may be referred to a chronic pain unit or inpatient hospitalization with psychiatric supervision in certain select circumstances, such as:** / *El paciente puede ser derivado a una unidad de dolor crónico u hospitalización hospitalaria con supervisión psiquiátrica en determinadas circunstancias, como:*
  - a. **Patient request / Solicitud del paciente**
  - b. **Rapid escalation of drug dosage, or escalation without subsequent decrement** / *Aumento rápido de la dosis del fármaco, o aumento sin disminución posterior*
  - c. **Difficult pain control situations requiring unusually high doses of narcotics.** / *Situaciones difíciles de control del dolor que requieren dosis inusualmente altas de narcóticos*
  - d. **Attempted overdose or suicide attempt** / *Intento de sobredosis o intento de suicidio*
12. **Deviation from this contract will result in tapering of opioid dosage and cessation of maintenance therapy.** / *La desviación de este contrato dará como resultado la disminución de la dosis de opioides y el cese de la terapia de mantenimiento*

**I HAVE READ ALL PARTS OF THIS CONTRACT. I HAVE BEEN ALLOWED TO ASK QUESTIONS AND HAVE RECEIVED ANSWERS TO MY SATISFACTION. I AGREE TO ABIDE BY THE RULES AS OUTLINED IN THIS CONTRACT.**

**HE LEÍDO TODAS LAS PARTES DE ESTE CONTRATO. PODRÍA HACER PREGUNTAS Y RECIBO RESPUESTAS A MI SATISFACCIÓN. ACEPTO CUMPLIR CON LAS NORMAS QUE SE EXPRESAN EN ESTE CONTRATO**

**PATIENT** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

**Texas Orthopaedic Spine Center**  
**Rubin Bashir M.D.**

**Consent to Treat / Assignment of Benefits And/Or Claims**  
**Consentimiento para tratar / Asignación de beneficios y / o reclamos**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

I hereby consent to receive treatment from **TEXAS ORTHO SPINE CENTER** for my medical condition and/or injury. / *Por la presente, doy mi consentimiento para recibir tratamiento de TEXAS ORTHO SPINE CENTER PARA mi afección médica o lesión*

I hereby acknowledge that many providers at **TEXAS ORTHO SPINE CENTER** are independent contractors and not employees of **TEXAS ORTHO SPINE CENTER**. / *Por la presente, reconozco que muchos proveedores de TEXAS ORTHO SPINE CENTER son contratistas independientes y no empleados de TEXAS ORTHO SPINE CENTER.*

I understand that various staff physicians and other healthcare professionals, including physician assistants, certified staff or other persons under the supervision of the medical director, may treat me. / *Entiendo que varios médicos del personal y otros profesionales de la salud, incluidos asistentes médicos, personal certificado u otras personas bajo la supervisión del director médico, pueden tratarme.*

I understand that my treatment plan will be explained to me and that I have the right to refuse and/or discontinue treatment at any time. / *Entiendo que me explicarán mi plan de tratamiento y que tengo derecho a rechazar y / o suspender el tratamiento en cualquier momento*

I hereby authorize **TEXAS ORTHO SPINE CENTER** to release any information acquired during the course of my examination and treatment in accordance with their HIPAA Policies and Procedures. (Texas Division of Workers Compensation Guidelines in the event I was involved in an on-the-job injury) /

*Por la presente autorizo a los TEXAS ORTHO SPINE CENTER para que divulguen cualquier información adquirida durante el curso de mi examen y tratamiento de acuerdo con sus Políticas y Procedimientos de HIPAA. (Pautas de la División de Compensación de Trabajadores de Texas en el caso de que estuviese involucrado en una lesión en el trabajo)*

I hereby authorize payment directly to **TEXAS ORTHO SPINE CENTER** for the surgical and/or medical benefits, if any, otherwise payable to me for their services. I understand that this authorization does not release me from my personal responsibility for payment of all charges. I do understand that I am ultimately responsible for payment of all charges. / *Por la presente autorizo el pago directamente a TEXAS ORTHO SPINE CENTER PARA los beneficios quirúrgicos y / o médicos, si los hubiera, que de otra manera me pagarían por sus servicios. Entiendo que esta autorización no me libera de mi responsabilidad personal por el pago de todos los cargos. Entiendo que soy el responsable final del pago de todos los cargos*

In addition, I hereby authorize payment directly to **TEXAS ORTHO SPINE CENTER** for medical benefits and/or personal injury protection coverage, if any, otherwise payable to me for services. I understand that this authorization does not release me from my personal responsibility for payment of all charges. I hereby assign an undivided interest that I have under any medical benefits, personal injury protection and/or any tort claim(s) that I have arising out of the accident of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_. This assignment entitles **TEXAS ORTHO SPINE CENTER** an undivided interest in any settlement or judgment arising from my aforesaid claim(s). / *Autorizo pago directo a TEXAS ORTHO SPINE CENTER para beneficios médicos y / o cobertura de protección contra lesiones personales, si corresponde, pagables por los servicios. Entiendo que esta autorización no me libera de mi responsabilidad personal por el pago de todos los cargos.. Entiendo que esta autorizacion no me libera de ninguna responsabilidad financiera. Por la presente, asigno un interés indiviso que tengo bajo cualquier beneficio médico, protección contra lesiones personales y / o cualquier reclamo de agravio que haya surgido del accidente de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_. Esta asignación le otorga a TEXAS ORTHO SPINE CENTER un interés indiviso en cualquier acuerdo o sentencia que surja de los reclamos mencionados anteriormente.*

I swear that the information that I give the doctor and staff I true and correct/  
*Juro que la información que le doy al médico y al personal es verdadera y correcta*

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Relationship to Minor

*Texas Orthopaedic Spine Center*  
*Rubin Bashir M.D.*  
**P. 832-962-7493 F.832-962-7491**  
*12605 East Freeway Suite 510 Houston, TX 77015*

**Medical Records Release Form / Formulario de divulgación de registros médicos**

**PATIENT /PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, to the person(s) or entity listed below: /  
*Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información confidencial de salud sobre mí, al entregar una copia de mis registros médicos, o un resumen o narrativa de mi información de salud protegida, a las personas o entidades que se enumeran a continuación:*

**HIV/AIDS:** I consent to the release of any positive or negative test results for AIDS or HIV infection, antibodies to AIDS or infection with any other causative agent of AIDS with the rest of my medical records.

**Patient Initials** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Limitations on the information you may release subject to this Release Form are as follows:

*Las limitaciones en la información que puede divulgar sujeto a este Formulario de divulgación son las siguientes:*

The following person(s)/entity may release my protected health information to TEXAS ORTHO SPINE CENTER  
*La (s) siguiente (s) persona (s) / entidad pueden divulgar mi información médica protegida a TEXAS SPINE ORTHO CENTER.*

**Name:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Phone:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

The reason or purposes for this release of information are as follows:

*El motivo o los propósitos de esta divulgación de información son los siguientes:*

**Patient Signature (or parent, guardian or legal representative)**

\_\_\_\_\_

This Authorization Expires on: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_