

OFFICE USE ONLY

ACCT#: _____

Clinic: _____

Provider: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Seguro Social #: _____ - - _____ Licencia de Manejar /Identificación #: _____

Sexo: Hombre Mujer Fec. Nac.: ___ / ___ / ___ Edad: ___ Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado ViudoDirección Permanente: _____
Calle Apt. Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Compañía de su celular: _____

Correo Electronico: _____

Dirección de Envío: _____
 Igual que dirección permanente Calle Ciudad Estado Código Postal¿Estaba empleado el momento del accidente? Sí No¿Está trabajando actualmente? Sí NoEmpleado: Tiempo completo Medio tiempo Cuenta propia Retiró Estudiante Ama de casa Otro: _____

Nombre el Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección del Empleador: _____
Calle Ciudad Estado Código PostalContacto(s) de Emergencia: Nombre _____ Relacion _____ Teléfono _____
Nombre _____ Relacion _____ Teléfono _____

ASEGURANZA

¿Tiene seguro médico? Sí No Seguro de Auto Proteccion de Lastimadura Personal (PIP) Motorista Sin Serugo (UM) Med-Pay

Nombre del Asegurado(a): _____ Teléfono: _____

Nombre de la Compania: _____ Teléfono: _____

de Poliza: _____ Ajustador: _____

Por favor, entregue su tarjeta de seguro y licencia de manejar o identificación a la recepcionista. Gracias! La Parte Responsable

Nombre del Asegurado(a): _____ Teléfono: _____

Nombre de la Compania: _____ Teléfono: _____

de Poliza: _____ Ajustador: _____

Si usted no tiene la información de la persona culpable con usted, por favor traiga esa información con usted en su próxima visita. Gracias!

RECORDATORIOS DE CITA

¡Su salud es importante para nosotros!**Nuestra oficina enviará recordatorios de texto a su teléfono celular para recordarle las horas de su cita.****Asegúrese de haber incluido la compañía de su telefonía celular en el espacio provisto arriba.****La información de su teléfono celular es información protegida y no se compartirá con nadie.**

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE LA SALUD

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Repaso de Síntomas

Por favor marque el círculo que está al lado de cualquier condición que usted tiene.

Constitucional

- Desmayos Libido bajo Poco apetito Fatiga Repentino cambio en peso Debilidad Ninguno
Subio/bajo (circule uno)

Respiratorio

- Asma Apnea Enfisema Fiebre del heno Falta de aire Neumonía Ninguno

Cardiovascular

- Presión alta Presión baja Colesterol alto Mala circulación Dolor de pecho Contusiones excesivas Ninguno

Digestivo

- Anorexia/bulimia Úlceras Sensibilidad a los alimentos Acidez estomacal Estreñimiento Diarrea Ninguno

Genitourinario

- Piedra en el riñón Infertilidad Se orina en la cama Problemas de próstata Disfunción erectil Síndrome premenstrual Ninguno

Integumentario

- Cáncer de piel Psoriasis Eczema Acné Pérdida del cabello Erupción/Sarpullido Ninguno

Neurológico

- Visión borrosa Zumbidos en los oídos La pérdida de audición Infección crónica del oído Pérdida del olfato Pérdida del gusto Ninguno

Endocrino

- Problemas de tiroides Enfermedades inmunológicas Hipoglicemia Infecciones frecuentes Glándulas inflamadas Poca energía Ninguno

Historial de Familia

Parentesco	Edad (en vida)	Estado de Salud		Enfermedades	Edad al fallecer	Causa de muerte	
		Buena	Pobre			Natural	Enfermedad
Madre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padre	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Historial Social

	Diario	Semanal	N/A
Uso de Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ejercicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamento para el dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refrescos/Soda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Historial de Trabajo

Ocupación: _____

Requisitos de trabajo (levantamiento): Sedentario (<10 lbs) Ligero (<20 lbs) Medio (<50 lbs) Pesado (<100 lbs) Muy Pesado (+100 lbs)

¿Ha perdido trabajo debido al accidente? No Sí _____ (días)

¿Quién lo sacó del trabajo? doctor usted mismo jefe otro _____

¿Sigue trabajando a pesar del dolor? Sí No

¿Perdió su trabajo como resultado de este accidente? Sí No

¿Está trabajando ligero o con trabajo restringido? Sí No

Mano dominante: Derecho Izquierda Ambidextro (ambos)

Historial Médica Pasada

Enfermedades	<input type="radio"/> Ningun	Operaciones	<input type="radio"/> Ningun
<input type="radio"/> SIDA	<input type="radio"/> Alcoholismo	<input type="radio"/> Sacaron el apéndice	<input type="radio"/> Cirugía de bypass
<input type="radio"/> Alergias	<input type="radio"/> Arteriosclerosis	<input type="radio"/> Cáncer relacionado	<input type="radio"/> Cirugía cosmética
<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Variela	<input type="radio"/> Cirugía de los ojos	<input type="radio"/> Histerectomía
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> Marcapaso	<input type="radio"/> Amigdalectomía
<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Bocio	<input type="radio"/> Vasectomía	<input type="radio"/> Laparoscopia
<input type="radio"/> Gota	<input type="radio"/> Enfermedad cardíaca	<input type="radio"/> Cirugía electiva: _____	
<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> HIV Positivo	<input type="radio"/> Otra cirugía: _____	
<input type="radio"/> Malaria	<input type="radio"/> Sarampión		
<input type="radio"/> Esclerosis múltiple	<input type="radio"/> Las paperas		
<input type="radio"/> Fiebre Escarlatina	<input type="radio"/> Enfermedades sexuales		
<input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Fiebre reumática		
<input type="radio"/> Derame cerebral	<input type="radio"/> Tuberculosis		
<input type="radio"/> Fiebre tifoidea	<input type="radio"/> Úlceras		
<input type="radio"/> Otro _____			
<input type="radio"/> Otro _____			

Medicamentos: Por favor listé abajo todos los recetados, de venta, o suplementos naturales que esté tomando: _____

Alergias: ¿Es usted alérgico a algún medicamento? No Sí
En caso afirmativo, por favor liste: _____

Doctor's Initials

Índice de Clasificación Funcional

Nombre del Paciente: _____

Para evaluar adecuadamente su condición, debemos entender cuánto han afectado sus **problemas de su cuello y/o espalda** a su capacidad para manejar las actividades cotidianas. Para cada artículo a continuación, **por favor marque con un círculo el número que describa mejor su condición en este momento.**

1. Intensidad del Dolor

- A. Sin dolor
- B. Dolor leve
- C. Dolor moderado
- D. Dolor severo
- E. El peor dolor posible

3. Cuidado personal (bañarse, vestirse, etc.)

- A. Sin dolor; sin restricción
- B. Dolor leve; sin restricción
- C. Dolor moderado; necesito ir despacio
- D. Dolor moderado; necesito ayuda
- E. Dolor severo; 100% de asistencia

5. Trabajando

- A. Puedo hacer el trabajo habitual y extra ilimitado
- B. Puedo hacer el trabajo habitual; sin extra
- C. Puedo hacer 50% del trabajo habitual
- D. Puedo hacer 25% del trabajo habitual
- E. No puedo trabajar

7. Frecuencia de Dolor

- A. Sin dolor
- B. Dolor ocasional; 25% del día
- C. Dolor intermitente; 50% del día
- D. Dolor frecuente; 75% del día
- E. Dolor constante; 100% del día

9. Caminando

- A. Sin dolor a cualquier distancia
- B. Aumento del dolor después de 1 milla
- C. Aumento del dolor después de ½ milla
- D. Aumento del dolor después de ¼ milla
- E. Aumento del dolor al caminar

2. Durmiendo

- A. Duermo perfectamente
- B. Levemente perturbado
- C. Moderadamente perturbado
- D. Muy perturbado
- E. Totalmente perturbado

4. Viajando (conduciendo, etc.)

- A. Sin dolor en viajes largos
- B. Dolor leve en viajes largos
- C. Dolor moderado en viajes largos
- D. Dolor moderado en viajes cortos
- E. Dolor severo en viajes cortos

6. Recreación

- A. Puedo hacer todas las actividades
- B. Puedo hacer la mayoría de las actividades
- C. Puedo hacer algunas actividades
- D. Puedo hacer algunos actividades
- E. No puedo hacer ninguna actividad

8. Levantamiento

- A. Sin dolor con levantar objetos pesados
- B. Aumento del dolor con objetos pesados
- C. Aumento del dolor con peso moderado
- D. Aumento del dolor con poco peso
- E. Aumento del dolor con cualquier peso

10. Parado

- A. Sin dolor después de varias horas
- B. Aumento del dolor después de varias horas
- C. Aumento del dolor después de 1 hora
- D. Aumento del dolor después de ½ hora
- E. El dolor aumenta cada vez que me paro

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Doctor Signature: _____

AUTHORIZATION TO TREAT AND ASSIGNMENT / AUTORIZACION PARA TRATAR Y ASSIGNAR

Initial I authorize the release of any information to facilitate the payment of services rendered on my behalf. I hereby assign and transfer to Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. all rights, title and interest in benefits payable for services rendered. I understand that I will pay for all charges that exceed the sums actually paid by my insurance policy(ies) unless I am represented by an attorney and am being treated under a Letter of Protection (LOP). A photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Inicial Yo autorizo la liberación de cualquier información que facilite el pago de servicios rendidos en mi favor. Por este medio asigno y transferir a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. todos los derechos, títulos, y intereses en beneficios pagaderos por servicios rendidos. Entiendo que yo pagaré por todos los costos que excedan las sumas actualmente pagadas por mi póliza de seguro, a menos que yo esté representado por un abogado, y mis tratamientos estén asegurados bajo una carta de protección de él mismo. Una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Initial I hereby give my permission to Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. to release my information to a new attorney of their choosing in the event my representing attorney drops my case.

Inicial Yo doy permiso a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. para liberar mi información a un nuevo abogado de su elección en el caso de que mi abogado que representa deje ir mi caso.

Initial I hereby give my permission to Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. to examine and treat me as deemed necessary.

Inicial Yo doy permiso a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. para examinar y tratar me como sea necesario.

Authorization to Release Records/Information / La autorización para Liberar los Registros y la información:

Initial You are authorized to request release of my x-rays and records or copies of such and request that they be transferred to:

Inicial Usted es autorizado a liberar mis radiografías y los registros o las copias de tal y el pedido que ellos sean transferidos a:

Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.

800 W. Airport Fwy., Suite 810

Irving, Texas 75062

And you are authorized to release any information deemed appropriate concerning my physical condition to any insurance company, attorney, or adjuster, in order to process any claim for reimbursement of charges incurred by me, as a result of professional services rendered by you. I hereby release you of any consequence thereof.

Y usted es autorizado a liberar cualquier información creída apropiada con respecto a mi condición física a cualquier compañía de seguros, el abogado, o al ajustador, para procesar cualquier reclamo para el reembolso de cargas contraídas por mí, como resultado de servicios profesionales rendidos por usted. Yo por la presente le libero de cualquier consecuencia del mismo.

Authorization of Cause of Action / La autorización de la Causa de la Acción

Initial I hereby assign and transfer to Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. the cause of action that exists or may exist in my favor up to but not exceeding the amount of my medical bills, generated in my treatment, against such company/ies and/or party/ies, entity/ies or individual/s (the name(s) of which is/are believed to be correctly set forth herein) that I or Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. believe to be the responsible company/ies and/or party/ies, entity/ies or individual/s. This assignment and transfer shall include, but is not limited to any rights or claims I might possess from and against all sources, person/s, or entity/ies, including but not limited to health insurance coverage, liability insurance coverage, Personal Injury Protection (PIP), Medical Payments Coverage, Uninsured Motorist Coverage, and Underinsured Motorist Coverage. I further authorize Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. to prosecute and/or initiate an action/s for recovery up to, but not exceeding the amount of my medical bills which may be prosecuted either in my name or as Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. in the manner Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. shall see fit. I also authorize Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. to compromise, settle, or otherwise resolve said claim/s, for medical bills generated in my treatment, as Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. shall see fit. However it is understood that until all reasonable efforts have been made to collect the sums due from the insurance company/ies and/or other responsible party/ies, entity/ies and/or individual/s, Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. will refrain from attempts and efforts to collect the amounts owed directly from me. I understand that whatever amount Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. does not collect from the insurance proceeds and/or other responsible party/ies, entity/ies and/or individual/s (whether it be all or part of what is due), I personally owe Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., up to but not to exceed the total amount of medical bills generated in my treatment and I agree to pay in a current manner.

Inicial Por la presente asigno y transfiero a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. la causa de acción que existe o puede existir en mi favor hasta, pero que no exceda la cantidad de mis gastos médicos generados en mi tratamiento contra la tal compañía y/o el otro partido(s), entidad(es) o individual(s) (el nombre(s) de quienes se cree para ser dispuesto correctamente adjunto) que yo o Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. creo que es la compañía(s) responsables y/o partido(s), entidad(es) o individual(s). Esta cesión y transferencia incluirá, pero no se limita a, derechos o reclamaciones que pueda poseer de y contra todas las fuentes, persona/s o entidad/es, incluyendo pero no limitado a cobertura de seguro de salud, cobertura de seguro de responsabilidad civil, Protección de Lesiones Personales (PIP), Cobertura de Pagos Médicos, Cobertura de Automovilista Sin Seguro, y Cobertura de Automovilista con Seguro Insuficiente. Además autorizo a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., para enjuiciar y/o iniciar una acción/s para la recuperación hasta, pero que no exceda la cantidad de mis cuentas médicas que pueden ser procesadas ya sea en mi nombre o como Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., en la manera Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., entenderán conveniente. También autorizo a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. para negociar, asentar o de otra manera resolver dicho reclamo(s) para la factura medica generada en mi tratamiento tal como Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. consideren necesario. Sin embargo, se entiende que hasta todos los esfuerzos razonables se han hecho para recoger las sumas debidas de la compañía de seguros y/o del otro partido(s), entidad(s) o individual(s) responsable, Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. se refrenaran de tentativas y de esfuerzos de recoger las cantidades debidas directa mente a mi. Entiendo que si Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. no recoge los ingresos del seguro y/o del otro partido(s), entidad(s) o individual(s) (si sea todo o una parte de cual es debido), debo personalmente a Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A. hasta, pero sin exceder la cantidad total de la facture medica generada por mi tratamiento y yo convengo el pago de una manera actual.

Authorization to Pay Directly to Doctor / La autorización para Pagar Directamente al Médico

Initial _____ To Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.

In consideration of the professional services rendered and to be rendered by the doctor, I authorize and direct the payment to the doctor named above of any sum I now or hereafter owe him by you, my attorney, out of proceeds of any settlement of my case, and/or by any insurance company obligated to reimburse me for the charges for his services or otherwise obligated to make payment to me or him based in whole or in part upon the charges made for his services. If my current policy prohibits direct payment to the doctor, then I hereby also instruct and direct you to make out the check to me and mail it as follows:

Initial _____ A Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.

En consideración a los servicios profesionales rendidos y para ser rendido por el médico, y autorizo y le dirijo el pago al medico denominado arriba de cualquier suma que yo ahora o de ahora en adelante lo debe por usted, mi abogado, fuera de avanza de cualquier arreglo de mi caso, y/o por cualquier compañía de seguros obligada me reembolsar para las cargas para sus servicios o de otro modo obligó a hacer el pago a mí o El se basó en el total o en parte sobre las cargas causó sus servicios. Si mi política actual le prohíbe pago directo al médico, entonces yo por la presente instruyo también y le dirijo a hacer fuera el cheque a mí y lo envía de la siguiente manera:

**Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.
800 W. Airport Fwy., Suite 810
Irving, Texas 75062**

Acknowledgement and Understanding / Reconocimiento y Comprensión

Initial _____ I hereby acknowledge that I am receiving (or about to receive) health care services at Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., and I have been advised that the doctor(s) providing the services is/are willing to wait for payment for these services, provided that there continues to be a reasonable chance that payment will be made either by insurance benefits or out of the settlement of liability claim.

I understand that if it is determined either:

a) there is no insurance company obligated to pay for the services, or if the insurance company involved refused to acknowledge an assignment to the doctor(s), or make other provision for the protection of the interest of the doctor(s);

b) if a liability claim exists, and my attorney refused to agree to protect the interest of the doctor(s), or if I have not engaged the services of an attorney;

then payment for services rendered by the doctor(s) at Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.. will be made by me on a current basis and my bill paid in full as soon as my liability claim is settled or the passage of three months from my last treatment, whichever occurs first.

Initial _____ *Yo por la presente reconozco que recibo (o acerca de recibir) los servicios de asistencia medica en Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., y yo han sido aconsejados que el médico(s) que proporciona los es/son de servicios dispuestos a esperar el pago para los servicios, con tal de que allí continúe ser una oportunidad razonable que ese pago se hará o por seguro beneficia o fuera de arreglo del reclamo de la obligación.*

Entiendo que si me soy determinando o:

a) no hay compañía de seguros obligó a pagar por los servicios, o si la compañía de seguros implicada se nego a reconocer una tarea al médico(s), o hacer otras provisiones para la protección del interés del médico(s);

b) si un reclamo de la obligación existe, y mi abogado se negó a concordar en proteger el interés del médico(s), o si comprometió los servicios de un abogado;

entonces pago para servicios rendidos por el médico(s) en Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A., será hecho por mí en una base actual y mi cuenta pagados en repleto tan pronto como mi reclamo de obligación se asienta o el pasaje de tres meses de mi último tratamiento, el que ocurre primero.

Patient's Signature / Firma del Paciente

Date / Fecha

Texas Healthcare Neck & Back Clinics, P.A.

REGISTRO DE REVELACIONES DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también está previsto el derecho a solicitar comunicación confidencial, o que una comunicación de su PHI hacerse por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa del individuo.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- Teléfono celular: _____ Compañía de su celular: _____
- Puede dejar un mensaje con información detallada
 - Puede dejar un mensaje con número solo
 - Puede enviar un mensaje de texto para recordatorios de citas

Cualquier tarifa o cargo por recibir llamadas o mensajes de texto de la clinica es responsabilidad del paciente.

- Teléfono de la casa: _____
- Puede dejar un mensaje con información detallada
 - Puede dejar un mensaje con número sólo

- Teléfono del trabajo: _____
- Puede dejar un mensaje con información detallada
 - Puede dejar un mensaje con número sólo

- Comunicación escrita:
- Puede mandar correo a mi dirección de casa
 - Puede mandar correo a mi dirección de trabajo/oficina
 - Puede mandar correo electronico a: _____
 - Puede mandar fax a este número: _____

Información puede ser revelada a:

Nombre de la Persona:

Relación:

Imprimir el Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente



Para Su Información....

Bienvenido a Texas Healthcare! Nos sentimos honrados de tener la oportunidad de servirle! Para muchos de nuestros pacientes, esta es la primera vez que se han involucrado en un accidente automovilístico, un accidente de trabajo, o la primera vez que han sufrido una lesión de este tipo. Sus médicos y personal estan felices de responder a cualquier pregunta que pueda tener, asi que por favor no dude en preguntar. Hemos reunido alguna información que puede encontrar ayudable...

Plan De Atención Médica

Mientras sus heridas son únicas, todos los pacientes comparten un objetivo común, y que es para curarse de las heridas que sustuvo. Es fundamental que siga el plan de atención de que su médico prescribe, por lo que puede lograr este objetivo. Te animamos a realizar todas sus visitas programadas de oficina, y volver a programar rápidamente cuando una circunstancia inevitable surge. Recuerde, la ausencia de dolor no es igual a una curación completa. El niño que quiebra su brazo esta fuera de dolor mucho antes de que el médico elimina el elenco de su brazo. La curación toma tiempo.

Cambio en Información

Si su dirección, número de teléfono, o correo electrónico cambia en cualquier momento durante o después de su tratamiento, por favor informe nuestra oficina inmediatamente. Si usted ésta siendo representado por un abogado, por favor háganos saber si por cualquier razón cambia el estado de su representación. Estamos comprometidos a proporcionar el mejor servicio posible a nuestro pacientes y comunicación constante con nuestra oficina asegura que tenemos la oportunidad de responder más preguntas. Recuerde, nosotros podemos ayudar!

Detalles Finales

Para nuestros pacientes que están siendo representado por un abogado, una vez que haya completado su plan de atención prescritos, su registros médicos automáticamente remitirá a su abogado que tenemos en archive. Una ves más, sip or alguna razón debe cambiar el estado de su representación, por favor llámenos. Información de contacto de nuestra oficina corporative se enumera a continuación:

Texas Healthcare
Neck & Back Clinics, P.A.
800 W. Airport Fwy., Suite 810
Irving, TX 75062
Office: (972) 392-3400
Fax: (972) 392-3499

Estamos Aquí para Ayudarle!

ICE PACK INSTRUCTIONS

To reduce swelling as quickly as possible, please follow these instructions for using an ice bag:

Keep the ice pack in the freezer when not in use.

Keep a moist towel or pillowcase between the ice pack and your skin at all times during use.

DO NOT place ice pack directly on your skin!

Use the ice pack for 15-20 minutes at a time and allow 45 minutes between icing sessions. Use the ice pack three times a day, or more, as your doctor recommends and can be tolerated.

CAUTION: DO NOT over-chill the injured area.



INSTRUCCIONES PARA EL PAQUETE DE HIELO

Para reducir lo hinchado lo más rápidamente posible, por favor siga estas instrucciones para utilizar una bolsa de hielo:

Mantenga el paquete de hielo en el congelador cuando no lo este usando.

Tenga una toalla húmeda o funda de almohada entre el paquete de hielo y su piel siempre durante uso.

¡No ponga el paquete de hielo directamente en su piel!

Utilizar el paquete de hielo por 15-20 minutos a la vez y dar un plazo de 45 minutos entre las sesiones de hielo. Utilizar el paquete de hielo tres veces por día, o más, como su doctor recomienda y puede ser tolerado.

PRECAUCIÓN: NO sobrepasar con uso de frialdad al área.