

PRECISION ORTHOPEDICS & SPORTS MEDICINE

PACIENTE NUEVO PAQUETE

INFORMACION DEL PACIENTE				
NOMBRE (LAST, FIRST, MI)		FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	EDAD
DIRECCIÓN		CIUDAD	EXPRESAR	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO ALTERNATIVO	EMAIL		
SEGURIDAD SOCIAL #	ESTADO CIVIL (SOLTERO, CASADO, VIUDO)	RAZA/ETNICIDAD	IDIOMA PREFERIDO	
MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	DIRECCION	TELÉFONO #	FAX #	
DOCTOR(A) REFRENTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO #	FAX #	
INFORMACION DEL EMPLEADOR				
NOMBRE DEL EMPLEADOR	DIRECCION	PHONE #		
SEGURO PRIMARIO				
NOMBRE DEL SEGURO	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE	
POLIZA #	GRUPO#	COPIA ESPECIALIADA	EMPLEADOR TITULAR DE LA POLIZA	
SEGURO SECUNDARIO				
NOMBRE DEL SEGURO	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL/LA PACIENTE	
POLIZA #	GRUPO#	COPIA ESPECIALIADA	EMPLEADOR TITULAR DE LA POLIZA	

CONTACTO DE EMERGENCIA (SI NINGUNO ESCRIBE 911)

NOMBRE:	TELEFONO #	RELACION:
---------	------------	-----------

INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

ALTURA:	PESO:	NOMBRE DE LA FARMACIA:	TELÉFONO DE LA FARMACIA #:
---------	-------	------------------------	----------------------------

RAZÓN DE LA VISITA:	PARTE DEL CUERPO (HASTA DEL PARTES DEL CUREPO CIRCULO R/L) <input type="checkbox"/> HOMBRO (R/L) <input type="checkbox"/> CODO (R/L) <input type="checkbox"/> MUÑECA (R/L) <input type="checkbox"/> MANO (R/L) <input type="checkbox"/> CADERA (R/L) <input type="checkbox"/> RODILLA (R/L) <input type="checkbox"/> TOBILLO (R/L) <input type="checkbox"/> PIE (R/L) <input type="checkbox"/> CUELLO (R/L) <input type="checkbox"/> ESPALDA (R/L)	FECHA DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS: ____/____/____
---------------------	--	--

ESTAN SUS LESIONES RELACIONADAS CON:	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE AUTO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LABORAL <input type="checkbox"/> OTRO ACCIDENTE
--------------------------------------	---

FECHA DEL ACCIDENTE: ____/____/____	AJUSTADOR DE RECLAMOS/OFICINA DE LEYES:	AJUSTADOR DE RECLAMOS/OFICINA DE LEYES DIRECCION:	AJUSTADOR DE RECLAMOS/OFICINA DE LEYES TELEFONO:	AJUSTADOR DE RECLAMOS/OFICINA DE LEYES:
--	---	---	--	---

NUMERO DE RECLAMO:	SEGURO DE COCHE DEL PACIENTE: (ESCRIBA NOMBRE Y NUMBER DO TELEFONO PARA EL SEGURO DEL COCHE)
--------------------	--

HISTORIA SOCIAL

¿FUMAS ACTUALMENTE TABACO DE ALGUN TIPO?	EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA FUMA? <input type="checkbox"/> FUMADOR ACTUAL DIARIO <input type="checkbox"/> FUMADOR OCASIONAL ACTUAL
--	--

USO DE ALCOHOL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE BEBIDAS POR SEMANA: _____
---	--

HISTORIA DE MÉDICAL

NO SE CONOCE HISTORIA MÉDICA

CONDICIÓN ANTERIOR CON LA QUE FUE DIAGNOSTICADO:

- PROBLEMA DE OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA
- ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
- ENFERMEDAD DEL PULMONAR
- ENFERMEDAD DE ESTÓMAGO/ INTESTINAL
- ENFERMEDAD DE HUESOS/ARTICULACIONES/MUSCULOS
- DIABETES
- CÁNCER
- ENFERMEDAD VASCULAR
- PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

HISTORIA QUIRURGICA

FECHAS PREVIAS A LA CIRUGÍA:

____/____/____

____/____/____

____/____/____

DETALLES DE LA CIRUGÍA:

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

- NO SE CONOCE HISTORIA FAMILIAR
- PADRE
- MADRE
- HERMANOS
- ESPOSA
- NIÑA
- OTRA

DESCRIBA ESTADO:

ALLERGIAS

INDIQUE CUALQUIER ALERGIA CONOCIDA QUE HAYA TENIDO A CUALQUIER MEDICAMENTO:

- NO ALLERGIES
- _____
- _____
- _____
- _____

MEDICAMENTO

MEDICAMENTOS ACTUALES, INCLUYENDO FRECUENCIA Y DOSIS, SI SE CONOCE:

- SIN MEDICAMENTOS ACTUALES
- _____ FREQ: _____ DOSIS: _____
- _____ FREQ: _____ DOSIS: _____
- _____ FREQ: _____ DOSIS: _____
- _____ FREQ: _____ DOSIS: _____

POLÍTICA FINANCIERA

1. Gracias por elegir Precision Orthopedics and Sports Medicine para sus necesidades de atención médica. Nos complace facturarle a su compañía de seguros por los servicios que recibe.
2. Sin embargo, tenga en cuenta que, con la gran cantidad de pólizas de seguro que cubren a nuestros muchos pacientes, es imposible que nuestro personal se mantenga al día con todos los beneficios de la compañía de seguros relacionados con los servicios que pueda recibir.
3. Le recomendamos encarecidamente que se familiarice con los beneficios de su seguro. Haremos nuestro mejor esfuerzo para coordinar sus beneficios; sin embargo, nuestra oficina no puede aceptar la responsabilidad por la falta de cobertura de beneficios.
4. Todos los planes de seguro se facturan como cortesía y le proporcionaremos a su compañía de seguros toda la información necesaria para el procesamiento de reclamaciones. Le facturaremos a su compañía de seguros hasta dos veces por visita. Le recomendamos que conserve las explicaciones de los beneficios que le envía su compañía de seguros para realizar un seguimiento del estado de su cuenta. Si su compañía de seguros rechaza nuestro reclamo debido a la falta de beneficios, usted es el único responsable en última instancia del pago de la factura.
5. Se espera el pago de copagos / deducibles de especialistas y cualquier saldo pendiente del paciente en el momento del servicio.
6. Las citas tardías o por no presentarse pueden incurrir en un cargo por cancelación si nuestra oficina no es notificada 24 horas antes de su cita. Como cortesía para usted, nuestra oficina hará una llamada de confirmación el día antes de su cita.

7. Si el médico o la oficina principal deben completar algún formulario por discapacidad o compensación laboral, hay una tarifa de formulario de \$ 15. Permita que el personal complete sus formularios entre 5 y 7 días hábiles.

8. Cualquier formulario de accidente de vehículo motorizado tiene un cargo de \$ 10. Por favor, espere de 3 a 5 días hábiles para completar sus formularios.

9. Si desea solicitar sus registros médicos, debe firmar un formulario de divulgación de registros médicos. Precision cobra 76 centavos por página para todos los registros. Tenga en cuenta que puede haber una tarifa adicional por los registros o una tarifa de gestión.

Gracias. Firme para reconocer su comprensión de este acuerdo:

Firma: _____

Fecha: _____

HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Precision Orthopedics & Sports Medicine HIPAA Notice of Privacy Practices

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE TI DETENIDAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. La “información médica protegida” es información sobre usted, incluida la información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados. USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestro consultorio y otras personas fuera de nuestro consultorio que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, el funcionamiento de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley. Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, revelaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica domiciliar que le brinde atención. Por ejemplo, su información médica protegida se puede proporcionar a un médico a quien se le ha derivado para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo. Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información médica protegida relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, concesión de licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de la facultad de medicina que atienden a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida según sea necesario para comunicarnos con usted y recordarle su cita.

Podemos divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo requiera la ley, problemas de salud pública según lo requiera la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos legales, aplicación de la ley, forenses, directores de funerarias y donación de órganos, investigación Actividad criminal, actividad militar, seguridad nacional, compensación laboral, reclusos, usos requeridos y divulgaciones, a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad u objeción, a menos que lo exija la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico hayan tomado medidas basándose en el uso o divulgación indicados en la autorización.

TUS DERECHOS LEGALES

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, e información médica protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a información médica protegida.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que no se divulgue cualquier parte de su información médica protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si un médico cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no estará restringida. Entonces tiene derecho a utilizar otro profesional sanitario.

Tiene derecho a solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a obtener una copia impresa de

esta nariz de nuestra parte, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de forma alternativa, es decir, electrónicamente.

Puede tener derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos realizado, si las hay, de su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. A continuación, tiene derecho a oponerse o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentarnos una queja notificando a nuestro contacto de privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Este aviso tal como se publicó y entra en vigor el / o antes del 14 de abril de 2003.

La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA, Donna Boatman en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

La firma a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad.

FIRMA: _____

FECHA: _____