

Southwest Orthopaedic Clinic

Nuevo Paciente Actualizar

Apellido _____ Nombre _____ MI _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ # de Seguro Social _____

Direccion _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Tel _____ ¿Esta bien dejar mensaje? Si No

Celular _____ ¿Esta bien dejar mensaje? Si No

Correo electronico _____

CONTACTO de EMERGENCIA _____ Relacion _____

Tel (____) _____ # Alternativo (____) _____

Farmacia de Preferencia _____ Direccion _____

¿Hay un Poder Legal? Si No ¿Tiene una directiva anticipada? Si No

Medico de familia _____

Sexo: Masculino Femenino

Empleador _____ # Tel(____) _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Seguro Medico

Seguro Primario _____ Seguro Secundario _____

Miembro Principal _____ Miembro Principal _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Relacion al Paciente _____ Relacion al Paciente _____

#ID _____ #Grupo _____ #ID _____ #Grupo _____

Si el paciente es menor de edad

Estatus Estudiantil: Tiempo Completo Medio Tiempo

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Celular (____) _____ # Celular (____) _____

Demografía Personal

Raza Nativo-Americano Blanco Afro-Americano Otro _____ Rehuso contestar

Etnicidad Hispano Otro _____ Rehuso contestar

Lenguaje Preferido: Ingles Español

¿Como se entero de nosotros?

Medico Familiar/Amistad Sitió Web Busqueda de Internet Rótulo Otro _____

Cada Paciente (o tutor) es responsable de las finanzas por los servicios rendidos. Mientras nos complacemos en asistir en la preparacion de las Formas de Seguro, la obligacion de pago por nuestros honorarios permanece al paciente. Yo autorizo pago a Southwest Orthopaedic Clinic por los servicios medicos rendidos a mi. Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion requerida en el curso de mi examen de tratamiento

Firma _____ Nombre _____ Fecha ____/____/____

Razon de la visita: _____

¿Cuanto tiempo ha tenido este dolor? (Meses, Años) _____

¿Que tan severo es su dolor? (un circulo)

No Dolor

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Dolor severo

¿Fue estó el resultado de una lesion? Si No

Si su respuesta es si, fecha de lesion _____

¿Usa usted uno de los siguientes? Baston Muletas Andador Silla de Ruedas

¿Cuanto puede caminar antes de ser limitado por el dolor? _____(distancia/pies)

¿Como sube escalones? Dirigida por la misma pierna cada vez Una pierna tras la otra (normal)

¿Necesita una barandilla para subir/bajar escalones? Si No

¿Puede ponerse por usted mismo sus calcetas y zapatos? Si No

¿Que remedios usa para aliviar el dolor? Hielo Descanso/Disminuir actividad Terapia Física

Medicamento(s): _____

¿Ha recibido inyecciones? _____ Si la respuesta es si, marque todos los que apliquen.

Cadera Rodilla Espina Dorsal Hombro

¿Cuando recibio su ultima inyección? _____

¿Cuanto tiempo duro el efecto de la inyección? _____

Historial Social

Ocupacion: _____

Tiempo Completo Medio Tiempo Estudiante

Estado Civil Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

¿Fuma Tabaco/cigarrillos? Si No Renuncie ¿Cuantas cajetillas al dia? _____

¿Bebé alcohol? Si No ¿Cuantas bebidas por semana? _____

¿Usa drogas ilícitas? Si No

*Si es una mujer entre las edades de 18-65 años. ¿Esta usted embarazada? _____

Historial Quirurgico (liste fechas)

Apendectomia _____

Amigdalectomia _____

Reparacion de Hernia _____

Colecistectomia _____

Otra _____

Artroscopia (Rodilla) _____

Artroplastia total (Rodilla) _____

Artroplastia total (Cadera) _____

Histerectomia _____

Artroplastia total (Hombro) _____

¿Compueba si no te has operado?

¿Ha tenido alguna vez una infeccion quirurgica? Si No Si si, ¿donde? _____

¿Ha tenido anestesia general? Si No

¿Experimenta algun problema con la anestesia? Si No

¿Qué tipo de problema? _____

Historial Familiar

Usted o su familia tienen antecedentes de:

Diabetes Madre Padre Yo mismo Desconozco

Alta Presion Madre Padre Yo mismo Desconozco

Enfermedades Cardiacas Madre Padre Yo mismo Desconozco

Infarto Madre Padre Yo mismo Desconozco

Artritis Madre Padre Yo mismo Desconozco

Medicamento Actual (con dosis): Por favor liste

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a Medicamentos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Revisión de Síntomas:

Ha experimentado alguno de estos síntomas: (Marque todos los que apliquen)

General

- Fibre/Escalafrios
- Dolor
- Pérdida de peso

Ojos

- Vision
- Glaucoma
- Otro: _____

ONG

- Pérdida de la audición

Respiratorio

- EPOC(COPD)
- Enfisema
- Asma
- Neumonía
- Tuberculosis
- Dificultad para respirar

Cardiovascular

- Coágulo en las piernas
- Ataque al corazón
- Cirugía cardíaca
- Mareos
- Soplo en el corazón
- Alta Presión
- Latido del corazón irregular
- Otras anomalías vasculares

Alergia/Inmunología

- Erupciones en la piel
- SIDA/VIH
- Otro _____

Gastrointestinal

- Enfermedad de úlcera péptica
- Hernia Hiatal
- Enfermedad de la vesícula
- Diverticulitis
- Vómito
- Sangrado fecal

Hematología

- Cancer
- Del Mama
- Pulmón
- Próstata
- Tiroides
- De la piel
- Otro _____
- Desorden sanguíneo

Musculoesquelético

- Hormigueo
- Adormecimiento
- Inflamación de pies/tobillos

Artritis/artralgia

- Manos
- Cadera
- Rodilla
- Columna cervical
- Columna lumbar
- Otra: _____
- Antecedente de gota

Neurológico

- Epilepsia/Convulsiones
- Migrañas
- Infarto
- Ansiedad
- Depresión
- Condición psiquiátrica

Endocrino

- Piedras del riñón
- Insuficiencia renal/diálisis
- Infecciones recurrentes urinarias
- Sangrado en la orina
- Diabetes
- Enfermedad de Tiroides
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Otro: _____

Marque si ninguno aplica a usted.

Gracias por haber escogido a Southwest Orthopaedic Clinic como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindar un excelente servicio de atención médico para usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, es importante que comprenda nuestras políticas financieras.

Todos los pacientes deben leer y firmar este formulario antes de recibir servicios.

Es su responsabilidad proporcionarnos su información de seguro más reciente.

- Si no proporciona información precisa sobre el seguro de manera oportuna, su compañía de seguro puede negar el reclamo. Si se niega el reclamo, usted será financieramente responsable de los servicios prestados.
- Podemos aceptar la asignación de seguro después de la verificación de su cobertura. Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios prestados pueden no estar cubiertos en su totalidad por su compañía de seguro. Usted es financieramente responsable por los servicios no cubiertos por su compañía de seguro.
- Antes de recibir servicios, debe verificar que somos proveedores participantes para su compañía de seguro. En caso de que no seamos proveedores participantes con su compañía de seguro, presentaremos el reclamo inicial como cortesía. El pago, sin embargo, se debe en su totalidad en el momento de servicio.
- Copagos, coseguros y/o deducibles deben pagarse en el momento de servicio. Estimaremos el monto que debe según la información que recibamos de su compañía de seguro. Sin embargo, usted es responsable de pagar el monto total determinado por su compañía de seguro una vez que hayan pagado su reclamo independientemente de nuestras estimaciones.
- Debe proporcionar su dirección de facturación más reciente, todos los números de teléfono disponibles y cualquier otra información de contacto importante. Si su dirección o información de contacto cambia, es su responsabilidad contactarnos con la información actualizada.
- Le enviaremos un estado de cuenta (a la dirección de facturación que proporcione) para notificarle cualquier saldo que pueda adeudar. Si tiene alguna pregunta o cuestiona la validez de este saldo, es su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina de finanzas dentro de los 30-días posteriores del recibo del estado de cuenta inicial. Puede llamar al (915)592-3323.
- El pago completo se debe al recibir el estado de cuenta. Saldo(s) que no se paguen en su totalidad dentro de los 30-días posteriores a la fecha de emisión del estado de cuenta se considerarán vencidos y buscaremos las acciones legales que nos proporcione la ley de Texas para recibir todos los pagos adeudados.
- **En caso de que no asista a su cita y/o no cancele con 24 horas de anticipación, se le aplicará una tarifa de \$25.00 a su cuenta como tarifa de servicio.**
- Cualquier papeleo de FMLA, Discapacidad or Registros Médicos que deba completarse, se cobrará como una tarifa de servicio de \$25.00 que se debe pagar en el momento de recogerse. **Todo el papeleo completo, solo se puede recoger los Martes o Jueves.**

El saldo de su cuenta se debe en su totalidad en el momento de servicio. Aceptamos efectivo y tarjetas de crédito.

He leído y comprendo esta política financiera.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____



Southwest Orthopaedic Clinic

Aceptación del Aviso de Práctica de Privacidad

Me han proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que me proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que Southwest Orthopaedic Clinic reserva el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y antes de la implementación se proporcionará una copia actualizada en el sitio web de la clínica y en el consultorio del médico. Puedo solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad llamando al consultorio de mi médico o solicitando una copia en persona en mi cita.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Relación al Paciente

Testigo

Fecha

Los siguientes nombres son de personas con las que me gustaría participar y tener acceso a mi información médica protegida de forma rutinaria. Doy permiso a Southwest Orthopaedic Clinic que comparta mi información de salud protegida con:

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Nombre

Relación