



ORTHOPAEDIC SPECIALISTS OF AUSTIN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: <small>Primer</small>		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Dirección:		
Seguro Social:	Ciudad:	Estado:	C. Postal:
Teléfono de Casa:	Teléfono del trabajo:	Celular:	
¿Cuál de estos números prefiere que lo contactemos? <input type="checkbox"/> A Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular			
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Nombre del Cónyuge: <small>Primer</small>		Apellido	
Fecha de Nacimiento:	Teléfono del Cónyuge:	Seguro Social del Cónyuge:	
Empleador del Cónyuge:			
¿Cómo nos ha encontrado? <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Seguro Medico <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Medico			
¿A quien debemos contactar en caso de emergencia?			
Relación:	Teléfono:	Teléfono Alt.:	
¿Es usted hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su idioma preferida?		
¿Cuál es su etnicidad? <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Blanco			

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Empleador:	Ocupación:		
Dirección del empleador:			
Ciudad:	Estado	C. Postal	Teléfono del empleador:
¿ESTÁS AQUÍ POR UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si* <small>*Si la respuesta es SI, por favor informe la recepcionista.</small>			

INFORMACIÓN DEL GARANTE (si el paciente es menor de edad)

Nombre del Garante: <small>Primer</small>		Apellido	
Relación:	Dirección:		
Fecha de Nacimiento:	Ciudad:	Estado:	C. Postal:
Seguro Social del Garante:	Teléfono:	Teléfono Alt.:	

SEGURO PRIMARIO – DEBE SER COMPLETADO (Favor de presentar tarjetas de seguro)

Nombre de la Compania de Seguro:	Numero de Poliza:	Grupo:	
Dirección para Reclamaciones:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	C. Postal:	Teléfono de asegurado:
Nombre del asegurado (tal como aparece en la tarjeta):		Fecha de Nac.	Seguro Social:
Dirección del asegurado (si diferente a la del paciente):			
Ciudad:	Estado:	C. Postal:	Relación:

SEGURO SECONDARIO – DEBE SER COMPLETADO (Favor de presentar tarjetas de seguro)

Nombre de la Compania de Seguro:	Numero de Poliza:	Grupo:	
Dirección para Reclamaciones:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	C. Postal:	Teléfono de asegurado:
Nombre del asegurado (tal como aparece en la tarjeta):		Fecha de Nac.	Seguro Social:
Dirección del asegurado (si diferente a la del paciente):			
Ciudad:	Estado:	C. Postal:	Relación:



ORTHOPAEDIC SPECIALISTS OF AUSTIN

CONSENTIMIENTO

Asignación de beneficios:

Por la presente autorizo a Orthopaedic Specialists of Austin para facturar mi compañía de seguros o cualquier otra fuente de pago. Yo asigno todos los beneficios y autorizo el pago directamente a Orthopaedic Specialists of Austin por todas las prestaciones pagaderas a mí persona, por todas las solicitudes de los servicios prestados antes o después de la fecha prevista en esta forma.

Yo entiendo que soy responsable por el pago de todos los servicios prestados y que estoy obligado a pagar todos los cargos que sean negados por mi compañía de seguros incluyendo mi representación legal.

Esta asignación y autorización de los beneficios de ninguna manera me libera de esa responsabilidad y no impone la obligación a Orthopaedic Specialists of Austin para coleccionar el pago en mi nombre.

Reconozco y acepto que Orthopaedic Specialist of Austin y cualquier afiliado o proveedor de los mismos, incluyendo recogida o facturación empresas, puede ponerse en contacto conmigo por teléfono o mensaje de texto a cualquier número telefónico que he proporcionado a usted, y cualquier otro número de teléfono asociado con mi cuenta, incluyendo números de teléfono inalámbricos o móviles. Estoy de acuerdo, además, que es posible utilizar cualquier método de contacto a estos números, tales como un servicio de marcación o un mensaje pregrabado. También estoy de acuerdo que yo notificaré Orthopaedic Specialist of Austin, si he renunciado a la propiedad o control de cualquier

Nombre impreso del paciente o persona responsable

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad

He recibido una copia o una revisado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Orthopaedic Specialists of Austin, y tengo entendido que Orthopaedic Specialists of Austin se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el anuncio.

**** Nota **** Orthopaedic Specialists of Austin puede contactarlo para programar sus citas, para recordatorios de citas, por razones de pago, u otros aspectos de su atención médica. A menos que usted nos dé notificación por escrito de lo contrario, si usted no está en disponible, se le dejará un mensaje en la contestadora o con la persona que responda su teléfono.

Nombre impreso del paciente o persona responsable



POLÍTICAS FINANCIERAS

Nuestro objetivo principal es brindar una excelente atención médica a todos nuestros pacientes. No obstante, es necesario establecer políticas para evitar malentendidos. Nos gustaría aclarar las siguientes políticas establecidas por nuestra práctica. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta o duda.

Cobertura de seguros: Participamos en muchos planes de seguro; sin embargo, no hacemos reclamos con planes de seguro de automóvil u otra reclamaciones de responsabilidad civil por daños a terceros (pólizas de accidente, litigios, etc.). Si usted no está cubierto por un plan con el que participemos usted debe hacer el pago en su totalidad en cada visita. El conocer sus beneficios del seguro médico es su responsabilidad. Usted es responsable de la parte del pago que el seguro no cubre. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta acerca de su cobertura o tramitación de los pagos.

Prueba de seguro: Todos los pacientes deben completar el formulario de información paciente antes de ver a un médico. También debemos obtener una copia de su licencia de conductor actual, prueba válida de seguro médico. Si no cuentan con una copia actualizada de su tarjeta de seguro médico, es necesario realizar el pago en su totalidad en cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Si usted no nos proporciona con la información correcta de una manera oportuna, usted será responsable de los cargos que se incurran. Usted debe notificarnos de cualquier cambio que haya antes de su próxima visita para que podamos hacer los ajustes pertinentes a fin de ayudarle a recibir el máximo de beneficios.

Copagos y Balances: Los copagos se deben ser pagados en el momento de registrarse para una cita. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Por favor tenga en cuenta que nuestros médicos se consideran los especialistas, y un copago más alto puede aplicar dependiendo en su póliza de seguro. Si usted no puede pagar su co-pago, es posible que tenga que reprogramar su cita. Deducibles, porcentajes de co-seguros, u otros saldos como balances también se deben pagar a la llegada de nuestra oficina. Si no puede efectuar el pago total, opciones de financiamiento disponibles.

Referencias/Remisión: Es su responsabilidad el obtener la remisión/referencia de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) si su compañía de seguros así lo requiere. Si usted no tiene su referencia en el momento de su cita, es posible que tenga que reprogramar su cita o que tenga que pagar por la visita de su bolsillo antes de que un médico lo vea.

Accidentes de Trabajo: Usted debe notificar a nuestra oficina si su lesión/condición es relacionados con el trabajo, y debemos verificar su reclamo antes de su cita. Si usted trabaja para un empleador que está cubierto por las disposiciones del Texas Workers' Compensation Act, cualquier lesión o condición causada mientras prestaban servicios para el empleador debe tramitarse con el departamento de WC, en acuerdo con la ley estatal. Si el reclamó se considera fraudulenta o no indemnizable, usted será responsable de los cargos en su totalidad.

Cheques devueltos: En el caso de que su banco devuelva un cheque personal por cualquier razón, un cargo de \$25.00 será aplicado a su cuenta.

Pagos Pendientes: Su estado de cuenta se debe pagar en su totalidad en el momento de ser recibida. Cualquier balance pendiente puede ser enviado a nuestra agencia de colecciones, y usted puede ser dado de alta como paciente de esta clínica. Si esta oficina debe tomar medidas para coleccionar un saldo pendiente de su cuenta usted pobra será responsable por pago de los gastos de cobro de hasta el 33% de su saldo pendiente.

Hago constar que he leído y entendido las políticas financieras y estoy dispuesto a cumplir con todas las directrices.
I have read and understand the financial policies and agree to abide by all guidelines:

Nombre impreso del paciente o persona responsable

Firma del paciente o persona responsable

Fecha



ORTHOPAEDIC SPECIALISTS OF AUSTIN

HISTORIAL MEDICO

NOMBRE DEL PACIENTE:			FECHA:
Médico que lo refirió:		Médico Familiar:	
Fecha de nacimiento:		Dirección del Paciente	
Peso:	Estatura:	Edad:	
<input type="checkbox"/> Zurdo		<input type="checkbox"/> Derecho	
Teléfono del Paciente:			

HISTORIAL DE CONDICIÓN ACTUAL

Describa el motivo de su visita:		
¿Es esta visita el resultado de una lesión? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha de la lesión:	Localización de la lesión:
	¿Cómo ocurrió la lesión?	

EVALUACIÓN DEL DOLOR/MOLESTA

¿Qué parte del cuerpo está afectada?											
¿Cuándo comenzó la problema?											
¿Qué lo hace sentir mejor?											
¿Qué lo hace sentir peor?											
¿Cuánto dura el dolor?											
Escala de Dolor	LEVE			MODERADO				SEVERO			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿El dolor es relacionado con la actividad?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El dolor lo despierta de su sueño?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Qué actividades le impeder hacer el dolor?											

TRATAMIENTO ANTERIOR PARA ESTE PROBLEMA

Examen de Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> Tomografía	<input type="checkbox"/> Resonancia	<input type="checkbox"/> EMG	<input type="checkbox"/> Rayos – X	<input type="checkbox"/> Otro
Anti-Inflamatorio	<input type="checkbox"/> Alivio	<input type="checkbox"/> Sin Alivio		Otro tratamiento para esta lesión	
Inyecciones	<input type="checkbox"/> Alivio	<input type="checkbox"/> Sin Alivio			
Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Alivio	<input type="checkbox"/> Sin Alivio			
Quiropráctico	<input type="checkbox"/> Alivio	<input type="checkbox"/> Sin Alivio			
Acupuntura	<input type="checkbox"/> Alivio	<input type="checkbox"/> Sin Alivio			
¿Su condición está cubierta por la Compensación de Trabajo? (Worker's Comp)					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay una demanda o litigio pendiente en respecto a esta lesión?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



ORTHOPAEDIC SPECIALISTS OF AUSTIN

HISTORIAL MEDICO (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tendencias al Sangramiento | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Coágulos | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Dificultad con la Anestesia |

HISTORIAL DE CIRUGIAS PASADAS

Describe:	Año:	Describe:	Año:
Describe:	Año:	Describe:	Año:
Describe:	Año:	Describe:	Año:

MEDICAMENTOS (Incluya todos los medicamentos con y sin receta)

Nombre Del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre Del Medicamento	Dosis	Frecuencia

ALERGIAS (Medicinas, metales, otros)

Lista:

HISTORIAL FAMILIAR (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Musculoesquelética |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna | <input type="checkbox"/> Dificultad con la Anestesia |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Tendencias al Sangramiento | |

HISTORIAL SOCIAL (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Vuido/a
<input type="checkbox"/> Vive Solo	<input type="checkbox"/> Vive con familiares	<input type="checkbox"/> Vive con amistades	<input type="checkbox"/> Casa de Tercer Edad
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Por cuantos años?
Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Cuanto? <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto
Ocupación:	Ultima día que trabaja		

REVISOR DE SISTEMAS (Marque todas las que apliquen)

Piel	<input type="checkbox"/> Sarpullido	Garganta	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	Gastro	<input type="checkbox"/> Perdida/Aumento de Peso
	<input type="checkbox"/> Psoriasis		<input type="checkbox"/> Voz ronca		<input type="checkbox"/> Dolor Adominal
Hema	<input type="checkbox"/> Tendencias al Sangramiento		<input type="checkbox"/> Ronquidos		<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado
	<input type="checkbox"/> Moretones	CV	<input type="checkbox"/> Ataque de Corazón		<input type="checkbox"/> Estreñimiento
Ojos	<input type="checkbox"/> Pérdida Visual		<input type="checkbox"/> Latido Irregular	GU	<input type="checkbox"/> Cálculos renales
	<input type="checkbox"/> Vision Doble		<input type="checkbox"/> Dolor o Presión de Pecho		<input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga
Oidos	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	Pulmones	<input type="checkbox"/> Falta de Aire		<input type="checkbox"/> Sangre en Orina
	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos		<input type="checkbox"/> Asma	Endo	<input type="checkbox"/> Diabetes
Nariz	<input type="checkbox"/> Sinusitis		<input type="checkbox"/> Bronquitis		<input type="checkbox"/> Tiroides
	<input type="checkbox"/> Problemas al Respirar		<input type="checkbox"/> Embolia pulmonary / TVP	Esquelético	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
Psico	<input type="checkbox"/> Depresión	Neuro	<input type="checkbox"/> Convulsiones		<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea
	<input type="checkbox"/> Alucinaciones		<input type="checkbox"/> Jaqueca		<input type="checkbox"/> Gota