

ORTHOPEDIC SPECIALISTS OF SW FLORIDA
REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (UTILICE EL NOMBRE LEGAL COMPLETO):						
Apellido:		Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:		
Fecha de Nacimiento:		Sexo:		Número de Seguro Social:		
Dirección:						
Ciudad:			Estado:		Código Postal:	
Teléfono de Casa:			Teléfono Celular:			
Correo Electrónico:						
Nombre del Empleador:			Ocupación:			
Médico de Atención Primaria (PCP):			Teléfono del PCP:			
Médico que Refiere:			Teléfono del Médico que Refiere:			
INFORMACIÓN DEL SEGURO						
SEGURO MÉDICO PRIMARIO						
Compañía de Seguros:				☐ HMO ☐ PPO ☐ POS		
Número de Póliza:			Número de Grupo:			
Nombre del Titular de la Póliza:			Fecha de Nacimiento del Titular:			
Relación con el Titular: ☐ Mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre ☐ Otro						
SEGURO MÉDICO SECUNDARIO						
Compañía de Seguros:				☐ HMO ☐ PPO ☐ POS		
Número de Póliza:			Número de Grupo:			
Nombre del Titular de la Póliza:			Fecha de Nacimiento del Titular:			
Relación con el Titular: ☐ Mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre ☐ Otro						
INFORMACIÓN DEL GARANTE (LLENE SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)						
Apellido:		Nombre:		Relación con el Paciente:		
Fecha de Nacimiento:		Teléfono:		Número de Seguro Social:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:

Nombre del Paciente: _____ ACC #: _____ Fecha de Nacimiento _____
OFFICE USE ONLY

CESIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Autorizo a Orthopedic Specialists of Southwest Florida ("OSSWF") a divulgar la información de mi expediente médico según sea necesario para procesar reclamos de seguros. Autorizo el pago directo de los beneficios de seguro, incluidos Medicare, PIP u otros beneficios de salud, a OSSWF. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos no cubiertos por mi seguro, incluidos deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos. El pago se debe en el momento del servicio. Autorizo a OSSWF a compartir registros médicos con otros médicos o instalaciones involucradas en mi atención cuando sea necesario.

Nombre del Paciente:

Fecha:

Firma:

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nuestra oficina no comunicará su Información de Salud Protegida (PHI) a ninguna entidad que no figure en este formulario. Si tiene hijos adultos, familiares extendidos, cuidadores u otras personas a las que desea que podamos comunicarnos en su nombre con respecto al tratamiento, funciones clínicas y administrativas, deberá listar a dichas personas a continuación.

☐ Por la presente autorizo a Orthopedic Specialists of SW Florida y a sus empleados a discutir, enviar y/o recibir mi información personal de salud con/para las siguientes personas:

Nombre:

Relación:

Teléfono:

Nombre:

Relación:

Teléfono:

Nombre:

Relación:

Teléfono:

☐ No deseo que ninguna otra entidad o persona que no sea yo pueda discutir mi atención o tratamiento con esta oficina.

Firma:

Fecha:

Nombre del Paciente: _____ ACC #: _____ Fecha de Nacimiento _____
OFFICE USE ONLY

ORTHOPEDIC SPECIALISTS OF SW FLORIDA CONSENTIMIENTOS

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo la atención médica y el tratamiento por parte de los médicos de Orthopedic Specialists of Southwest Florida y su equipo de atención médica. Esto puede incluir exámenes, radiografías, análisis de sangre u otros procedimientos diagnósticos que mi médico determine necesarios. Si se encuentran condiciones inesperadas durante el tratamiento, autorizo a mi médico a tratarlas según sea necesario.

Entiendo que todos los tratamientos médicos tienen riesgos y beneficios potenciales, y que no se puede garantizar ningún resultado. Mi médico me explicará mi condición, los tratamientos propuestos, las alternativas y los riesgos, incluidos los riesgos de no recibir tratamiento. Puedo hacer preguntas en cualquier momento y entiendo que puedo detener el tratamiento si necesito aclaración.

Acepto proporcionar un historial médico preciso y completo, incluidos los medicamentos que he tomado. Entiendo que mi atención médica puede implicar la revisión de registros médicos pasados y actuales, resultados de pruebas e historial de prescripciones, según sea necesario.

También entiendo que la ley de Florida permite a los médicos ejercer sin seguro de negligencia médica si se cumplen ciertas condiciones. Los médicos de Orthopedic Specialists of Southwest Florida han optado por no tener seguro de negligencia médica, según lo permitido por la ley.

Al firmar a continuación, confirmo que entiendo y acepto este consentimiento, y que se me ha ofrecido asistencia o un intérprete si lo necesito.

Nombre del Paciente:

Fecha:

Firma:

POLÍTICA FINANCIERA

Entiendo que soy responsable del pago de todos los deducibles, copagos, coseguros y cualquier servicio o suministro no cubierto por mi seguro, incluidos artículos como férulas, cabestrillos y entablillados. El pago se debe realizar en el momento del servicio.

Como cortesía, Orthopedic Specialists of Southwest Florida presentará las reclamaciones a mi compañía de seguros. Cualquier saldo no pagado por el seguro sigue siendo mi responsabilidad. Las solicitudes para completar formularios pueden generar un cargo de hasta \$50. Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de \$35.

Si mi cuenta no se paga en su totalidad o no se realizan arreglos de pago, podrá enviarse a cobros. Puedo ser responsable de costos adicionales, incluidos cargos de cobranza, honorarios de abogados, costos judiciales, intereses y otros gastos relacionados.

Al firmar a continuación, confirmo que entiendo y acepto esta política financiera.

Nombre del Paciente:

Fecha:

Firma:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que puedo solicitar una copia de nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad". Además, reconozco que una copia del aviso actual estará publicada en el área de espera.

Nombre del Paciente:

Fecha:

Firma:

Nombre del Paciente: _____ ACC #: _____ Fecha de Nacimiento _____
OFFICE USE ONLY

ORTHOPEDIC SPECIALISTS OF SW FLORIDA
FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento
Farmacia:	Dirección de la Farmacia:
Altura: ____ft ____in	Peso: ____lbs
¿Tiene un apoderado para atención médica en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del Apoderado:	Teléfono:
¿Tiene testamento en vida? ☐ Sí ☐ No	

MOTIVO PRINCIPAL

Parte del cuerpo afectada:	Lado: ☐ Derecho ☐ Izquierdo
¿Ha sido atendido en la sala de emergencias por este problema? ☐ Sí ☐ No	
Si es así, ¿en qué sala de emergencias?: _____	Si es así, por favor proporcione la fecha: _____

HISTORIA SOCIAL

¿Fuma tabaco? ☐ Sí ☐ No ☐ Exfumador	¿Usa sustancias recreativas? ☐ Sí ☐ No ☐ Exfumador
Si es así, ¿fuma? ☐ Diariamente ☐ Ocasionalmente	
¿Consume alcohol? ☐ Sí ☐ No	
Si es así, ¿con qué frecuencia? ☐ Diario ☐ 2-3 veces a la semana ☐ Socialmente	
¿Está trabajando actualmente? ☐ Sí ☐ No	Si es así, liste cualquier restricción: Si no, ☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante

HISTORIA MÉDICA

¿Tiene antecedentes personales de las siguientes condiciones? Marque las que apliquen.

☐ Ninguna	☐ COPD	☐ Infarto de Miocardio	☐ Embolia Pulmonar
☐ Reacción a la Anestesia	☐ Insuficiencia Cardíaca	☐ Hepatitis Tipo: ____	☐ Convulsiones
☐ Artritis	☐ Congestiva	☐ HIV / AIDS	☐ Accidente
☐ Coágulos Sanguíneos	☐ Claustrofobia	☐ Presión Arterial Alta	☐ Cerebrovascular
☐ Infecciones Óseas /	☐ Diabetes	☐ Colesterol Alto	☐ Úlceras de Estómago
Articulares	☐ Abuso de Drogas / Alcohol	☐ MRSA	☐ Otro: _____
☐ Cáncer	☐ Enfisema		☐ Otro: _____

Nombre del Paciente: _____ ACC #: _____ Fecha de Nacimiento _____
OFFICE USE ONLY

¿Algún familiar directo ha sufrido las condiciones abajo? Marque la casilla correspondiente.

Condición	Padre	Madre	Hermano(s)
Ninguno (Sin condiciones)	☐	☐	☐
Desconocido	☐	☐	☐
Cáncer	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐
Enfermedad Cardíaca	☐	☐	☐
Presión Arterial Alta	☐	☐	☐
Osteoporosis	☐	☐	☐
Artritis Reumatoide	☐	☐	☐
Accidente Cerebrovascular	☐	☐	☐

HOSPITALIZACIONES / CIRUGÍAS PREVIAS	CIRUGÍAS ORTOPÉDICAS PREVIAS		
Cirugía ☐ Cirugía de Aneurisma (Cerebral) ☐ Derivación Aórtica / Cirugía Vascular ☐ Apendicectomía ☐ Cirugía de Cataratas (Ojos) ☐ Colectectomía (Vesícula Biliar) ☐ Cesárea (C-Section) ☐ Cirugía Cardíaca ☐ Reparación de Hernia ☐ Histerectomía ☐ Cirugía de Banda Gástrica / Bypass Gástrico (LAP Band) ☐ Malignidad / Cáncer ☐ Colocación de Stents ☐ Amigdalectomía (Extracción de Amígdalas)	Cirugía	Derecho	Izquierdo
	Artroscopia: Rodilla	☐	☐
	Artroscopia: Hombro	☐	☐
	Túnel Carpiano	☐	☐
	Artroplastia de Hombro	☐	☐
	Reemplazo Total de Rodilla	☐	☐
	Reemplazo Total de Cadera	☐	☐
	Reparación del Manguito Rotador	☐	☐
	Cirugía Espinal Cuello (Indicar niveles)		
	Cirugía Espinal Espalda (Indicar niveles)		

Por favor liste cualquier otra cirugía ortopédica que haya tenido:

Por favor liste cualquier otra cirugía que haya tenido:

Nombre del Paciente: _____ ACC #: _____ Fecha de Nacimiento _____

OFFICE USE ONLY

REVISIÓN DE SISTEMAS (ÚLTIMOS 6 MESES) Por favor marque cualquier síntoma que aplique.					
GENERAL	☐ Pérdida de Peso	☐ Pérdida de Apetito	☐ Fatiga	☐ Debilidad	☐ Ninguno
OJO	☐ Visión Borrosa	☐ Visión Doble	☐ Pérdida de Visión		☐ Ninguno
DENTAL/OTROS	☐ Pérdida de Audición	☐ Ronquera	☐ Dificultad para Tragar	☐ Dolor de Oído / Zumbido	☐ Ninguno
	☐ Problemas Dentales / Encías	☐ Hemorragias Nasales			
CARDIOVASCULAR	☐ Dolor en el Pecho	☐ Palpitaciones	☐ Infarto de Miocardio	☐ Presión Arterial Alta	☐ Ninguno
RESPIRATORIO	☐ Tos Crónica	☐ Embolia Pulmonar	☐ Dificultad para Respirar	☐ Neumonía	☐ Ninguno
GI	☐ Acidez / Úlceras	☐ Náuseas / Vómitos	☐ Sangre en Heces	☐ Dolor Abdominal	☐ Ninguno
GENITOURINARIO	☐ Micción Dolorosa	☐ Sangre en la Orina	☐ Problemas Renales	☐ Períodos Irregulares	☐ Ninguno
PIEL	☐ Erupciones Frecuentes	☐ Úlceras en la Piel	☐ Bultos	☐ Psoriasis	☐ Ninguno
NEUROLÓGICO	☐ Caídas Frecuentes	☐ Pérdida de Coordinación	☐ Entumecimiento	☐ Cambio en el Hábito Intestinal	☐ Ninguno
	☐ Cambio en el Hábito Urinario	☐ Mareos	☐ Desmayos	☐ Dolores de Cabeza Frecuentes	
PSICOLÓGICO	☐ Depresión / Ansiedad	☐ Adicción a Drogas	☐ Abuso de Alcohol	☐ Trastorno del Sueño	☐ Ninguno
ENDOCRINO	☐ Fiebre	☐ Intolerancia al Calor / Frío	☐ Sudores Nocturnos		☐ Ninguno
HEMATOLÓGICO	☐ Sangrado Fácil	☐ Moretones Fáciles	☐ Anemia	☐ Trombosis Venosa Profunda (DVT)	☐ Ninguno
MUSCULAR	☐ Osteoarthritis	☐ Debilidad Muscular	☐ Dolor Muscular		☐ Ninguno
MISCELÁNEO	☐ Dolor en las Articulaciones	☐ Hinchazón en las Articulaciones / Extremidades	☐ Rigidez		☐ Ninguno
Por favor liste todas las alergias a medicamentos, alimentos y factores ambientales: (☐ Sin alergias conocidas)					
Por favor liste todos los medicamentos actuales: (☐ Sin medicamentos actuales)					

Firma:

Fecha:

Nombre del Paciente: _____ ACC #: _____ Fecha de Nacimiento _____
OFFICE USE ONLY

ORTHOPEDIC SPECIALISTS OF SW FLORIDA
FORMULARIO DE ACCIDENTE / LESIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
INFORMACIÓN DE LA LESIÓN	
Motivo de la Visita de Hoy:	¿Fue esto una lesión? ☐ Sí ☐ No
Fecha de la Lesión/Accidente:	Si respondió "Sí", ¿dónde ocurrió esta lesión? ☐ Trabajo ☐ Automóvil ☐ Hogar ☐ Escuela
Parte del Cuerpo Afectada:	Lado: ☐ Derecho ☐ Izquierdo
¿Cómo ocurrió esta lesión?	
Si fue un Accidente de Auto/Motocicleta:	
Compañía de Seguros Auto / Med Pay:	Número de Reclamo:
¿Se ha presentado un reclamo con su aseguradora de automóvil? ☐ Sí ☐ No	
¿Era usted el ☐ conductor o ☐ pasajero?	¿Es usted el propietario del vehículo? ☐ Sí ☐ No
Si está relacionado con motocicleta, ¿tiene cobertura Med Pay para gastos médicos relacionados con este accidente? ☐ Sí ☐ No	
Si fue en el Trabajo:	
Nombre del Empleador en el Momento de la Lesión:	
¿Trabaja por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No	¿Recibe? ☐ W-2 ☐ 1099
¿Ha presentado un reclamo de Compensación Laboral (Workers' Compensation)? ☐ Sí ☐ No	
¿El empleador o la aseguradora de Compensación Laboral aceptó o negó responsabilidad? ☐ Aceptada ☐ Denegada	
Si fue Otro tipo de accidente:	
Describa cómo ocurrió el accidente:	
INFORMACIÓN DEL ABOGADO	
¿Ha solicitado la asistencia de un abogado en relación con este accidente o lesión? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del Abogado:	Teléfono del Abogado:
Dirección del Abogado:	

Declaro que, según mi mejor conocimiento, la información anterior es verdadera, precisa y completa. Las preguntas sin respuesta indican que no aplican. Mi firma autoriza a cualquier transportista de Medicare, intermediario, compañía de seguros o plan a proporcionar a mi compañía _____ de seguros toda la información necesaria para procesar los reclamos presentados por mí o en mi nombre.

Autorizo que todos los pagos de seguros, incluidos los de automóvil, PIP y Med Pay, sean pagados directamente a Orthopedic Specialists of SW Florida. Autorizo a mi aseguradora de automóvil _____ a divulgar información relacionada con mis beneficios PIP y a proporcionar un registro PIP a OSSWF cuando sea solicitado.

Firma: _____ Fecha: _____