



Gracias por escoger a Dr. McNally y Suburban Orthopaedics para su cuidado de espina.

Complete por favor las formas encerrada y tráigalos con usted a nuestra oficina para su cita. Estas formas nos ayudan a comprender el estado de su salud general y la salud de su espina dorsal.

Si usted ha tenido los estudios (radiografías, MRI, CT scan) de su espina hechos durante el año pasado, traiga las imágenes y los reportes con usted a la oficina. Con esta información, podemos darle cuidado mas completo cuando venga a la cita.

Esperamos verle pronto.

Cosas que hacer antes de la cita:

- 1) Llenar todas las formas
- 2) Traer la tarjeta de seguro o toda la información de Workman's Comp (compañía, dirección, # del caso, nombre del ajustador, # de teléfono y fax)
- 3) Si tiene uno, traer la información de su abogado
- 4) Estudios (imágenes y reportes de radiografías, MRI, CT scan)
- 5) El nombre, dirección, y numero de teléfono del doctor que dio el referido y de so doctor familiar
- 6) Referido, si es necesario.
- 7) Si es necesario, pedimos que usted traiga un traductor
- 8) Traiga un libro. (la primera cita puede tardar hasta una hora.)



Fecha _____

Demographics

Paciente

Nombre _____ # de Seguro Social _____
 Dirección _____ Ciudad/Estado/Código _____
 Tel de Casa _____ Tel de Celular _____
 Email _____
 Fecha de Nac. _____ Sexo _____ Estado Civil _____
 Contacto de Emergencia _____ # de Tel _____
 Referido por _____ # de Tel _____
 Doctor Familiar _____ # de Tel _____

Garante

Nombre _____ # de Seguro Social _____
 Dirección _____ Ciudad/Estado/Código _____
 Tel de Casa _____ Tel de Celular _____
 Fecha de Nac. _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Work Comp

Compañía de Aseguranza _____
 Dirección _____ Ciudad/Estado/Código _____
 Ajustador _____ # de Tel _____
 # de Caso _____ Fecha de Accidente _____
 Compañía de Trabajo _____ Ocupación _____
 Dirección _____ Ciudad/Estado/Código _____
 # de Tel _____

Seguro

Seguro Primario _____
 # de ID _____ # de Grupo _____
 Ins Holder _____ Fecha de Nac _____
 Relacion con el Paciente _____ Sexo _____ # de Seguro Social _____
 Seguro Secundario _____
 # de ID _____ # de Grupo _____
 Ins Holder _____ Fecha de Nac _____
 Relacion con el Paciente _____ Sexo _____ # de Seguro Social _____

Autorizo la liberación de cualquier historial médico necesario para procesar cualquier reclamo que puedo contraer y poder asignar a Suburban Orthopaedics, todos mis derechos, el título y el interés a mis beneficios médicos del reembolso de mi póliza(s) de seguros con la compañía de seguros (notado encima) para servicios rendidos a mí. Conuerdo que soy financieramente responsable de las cargas contraídas que resultan de mi cuidado médico de Suburban Orthopaedics, y de sus médicos.

X _____ Fecha _____
 Paciente o Garante del Paciente

Áreas de Dolor

MR#: _____

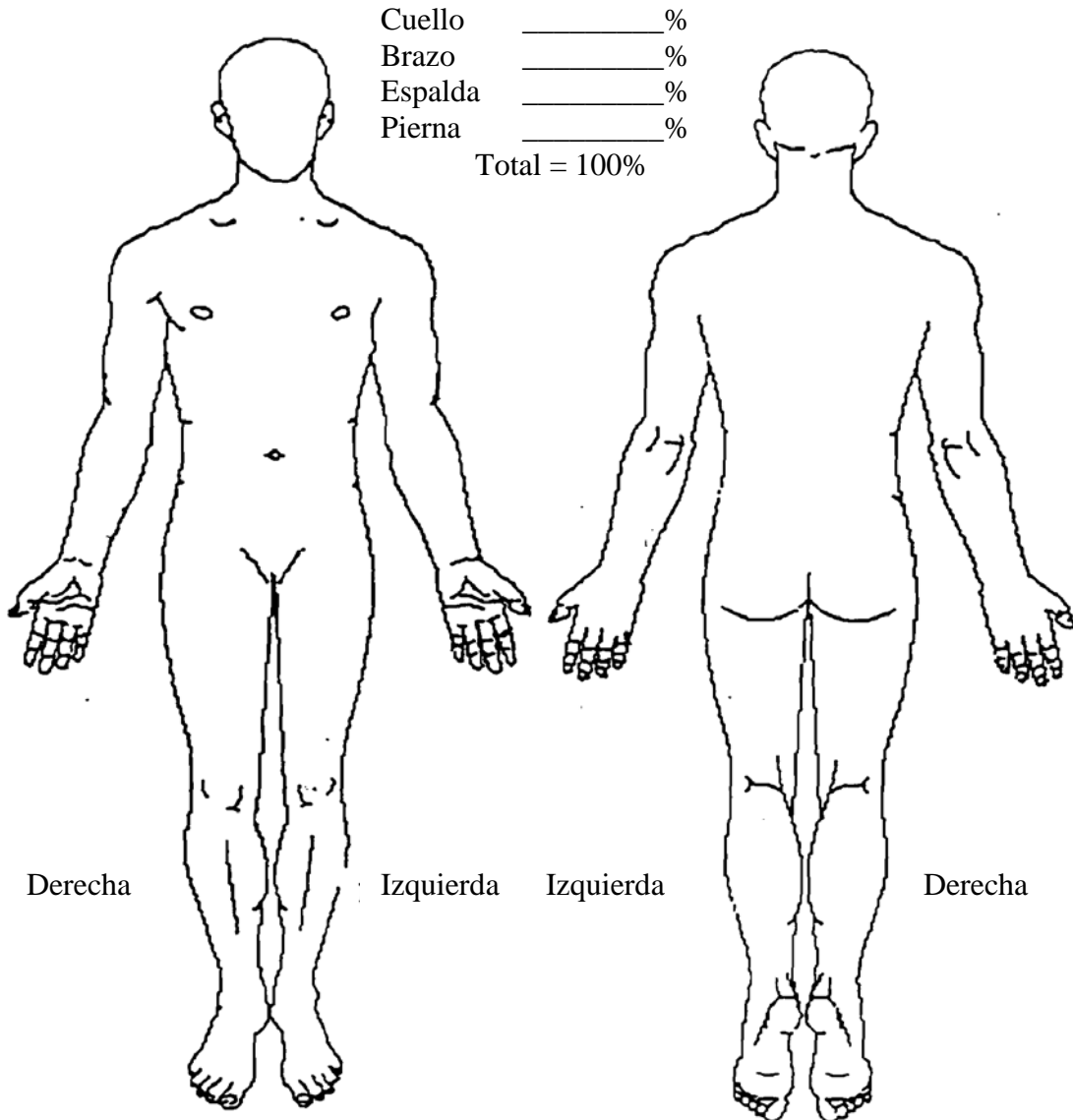
Fecha de Nac.: _____

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____ Fecha: _____

DONDE ESTA SU DOLOR AHORA MISMO?

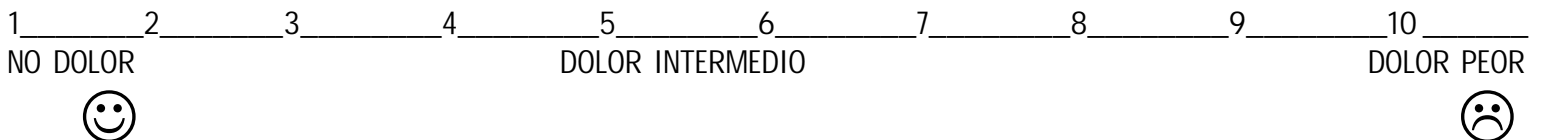
Marque las áreas en el cuerpo donde siente las sensaciones. Usa los símbolos de la lista. Marque las áreas de radiación. Incluya todas las áreas afectadas.

Dolor	^^^	Entumecimiento	OOO	Hormigueo	■■■	Quema	XXX	Dolor Irradia	///
	^^^		OOO		■■■		XXX		///
	^^^		OOO		■■■		XXX		///



Favor de marcar en la línea:

Que tan fuerte es el dolor?



Suburban Orthopaedics Historia Médica

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nac: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino___ Femenino___ Estatura: _____ Peso: _____

Mano Dominante: Derecha___ Izquierda___

Referido por: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Doctor Familiar: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

1. Razón de la cita (cual parte del cuerpo): _____

Es por un accidente? Sí ___ No___

Fecha de accidente: _____

El accidente fue por el trabajo? Sí ___ No___ Tiene un caso abierto? Sí ___ No___

Nombre de su empleador cuando paso el accidente: _____

Tiene un abogado: Sí ___ No___ Nombre: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

2. Hay un otro doctor/especialista trabajando con usted?

3. Tiene alergias médicas (a drogas, látex, yodo): Sí ___ No___

Cuales: _____

4. Problemas con su salud (incluir hospitalización, usar un otro papel si es necesario):

5. Medicinas que esta tomando ahora (durante el contador): _____

6. Cirugías que ha tenido: _____

7. Historia Familiar:	Vivo o Difunto	Edad(es):	Problemas con salud (con el corazón, diabetes, derrame cerebral)	Salud Estable
Madre:				
Padre:				
Hijos (cuantos):				
Hermanos (cuantos):				
Familia ampliada: (abuelos, tíos, primos)	Problemas con salud?			Salud Estable

8. Esta experimentando cualquier de los siguientes? (Circular):

1.	General	Bajar de peso sin razón Subir de peso sin razón Fiebre Escalo frío Fatiga
2.	Ojos	Lentes para visión Visión desenfocado Dolor en los ojos Ojos rojos Llorarse
3.	Oreja/ Nariz/ Garganta	Dolor de cabeza Dificultad de tragar Sangrar so nariz Sonido en sus oídos Dolor en sus oídos
4.	Cardiovascular	Dolor en el pecho Palpitaciones Desmayarse Murmullos
5.	Respiratorias	Falta de aliento Sibilancias Tos Apretado Dolor respirar Roncar
6.	Gastrointestinales	Acidez Nausea Vomitar Constipación Diarrea Excremento pegajoso y negro o sangriento
7.	Genito-urinario	Frecuencia Urgencia Dificultad/dolor orinar Dolor de flanco Sangrar
8.	Músculo-esqueléticos	Dolor de articulación Inflamación Inestabilidad Agarrotamiento Calor Dolor de músculo
9.	Piel	Cambios del piel Curarse despacio Sarpullido Comezón Piel rojo
10.	Neurológico	Entumecimiento/hormigueo Inseguridad caminar Mareado Temblar Incautación
11.	Psiquiátrico	Nerviosismo Ansia Depresión Alucinaciones
12.	Hematología	Sangrar fácilmente Moretones
13.	Endocrine	Tener sed/orinar con frecuencia Intolerable al calor/frío
14.	Alergias	Reacciones a comida o entorno

Estado civil: Soltero__ Casado__ Divorciado__ Viuda__

Tiene hijos? Si__ No__ Cuantos? __

Usa (o ha usado) tabaco? Si__ No__ Frecuencia__

Por cuantos anos__ Fecha de dejar__

Usa alcohol? Si__ No__

Con que frecuencia? _____

Usa drogas ilegales? Si__ No__

Ocupación (el último si esta jubilado): _____

Esta trabajando ahora? Si__ No__ Ultimo día de trabajar? __/__/__

Necesita un traductor? Si__ No__

Que yo sepa, la información anterior esta correcto:

Fecha: _____

(Firma)



**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo, _____, he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

(Firma) Fecha _____

Para uso de la oficina únicamente

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

_____ Individual refused to sign.

_____ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement.

_____ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement.

_____ Other (Please Specify) _____

Office Staff Representative _____ Date _____



SUBURBAN ORTHOPAEDICS CONSENTIMIENTO Y POLITICA FINANCIERA

I. CONSENTIMIENTO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Estoy visitando Suburban Orthopaedics voluntariamente con el propósito de diagnóstico y tratamiento médicos o quirúrgicos y consiento para autorizar los procedimientos diagnósticos y radiografías médicas y quirúrgicas o consulta de mi médico o cirujano o asistente de médico que sean necesarios en su sentencia. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho garantías de los resultados del tratamiento o el examen, mientras que visitar Suburban Orthopaedics.

II. RETENCIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que Suburban Orthopaedics puede registrar datos médicos y otros datos relativos a mi tratamiento electrónicamente y en otras formas físicas. Esta información es necesaria en el curso de mi tratamiento, y Suburban Orthopaedics la puede liberar para las razones autorizadas en esta forma. Yo entiendo que partes de mis archivos pueden ser divulgadas a cualificada en el seno de personal con el propósito de le realización de los datos estadísticos, la gestión de auditorías financieras, y el otorgamiento de licencias y evaluación de programas o cualquier propósito similar. No voy a ser identificado por mi nombre ni información de mi identificación en los informes de dicha auditoría o evaluación, sin mi consentimiento expreso.

III. EMISIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorizo a Suburban Orthopaedics a para poner en libertad la información médica o financiera con respecto a mi tratamiento para mis compañías de seguros, los grupos de seguros del empleador, planes de salud, programas de Medicare/ Medicaid, los intermediarios o cualquier colección de facturación o agentes asociados a Suburban Orthopaedics con el fin de obtener el reembolso en mi nombre. Además, yo autorizo a Suburban Orthopaedics a poner en libertad a cualquier información médica relativa a mi tratamiento a los médicos y clínicos asociados con la práctica que son mis proveedores de atención médica. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo, proporcionando un aviso escrito a Suburban Orthopaedics. Esta autorización no causará ningún conflicto con las prácticas internas y las políticas en relación con la liberación de la información, que tendrá prioridad. Esta autorización no está destinada a permitir la liberación de los registros con respecto a mi tratamiento por los servicios que requieren una liberación limitada a virtud de la ley estatal o federal.

IV. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y LA GARANTIA DE PAGO

En consideración de servicios médicos prestados a mí por Suburban Orthopaedics o la presente asignar Suburban Orthopaedics, sus médicos y otros profesionales relacionados con la práctica totalidad de la Mis derechos y las solicitudes de reembolso. En virtud de Medicare / Medicaid o grupo de accidente o de salud póliza de seguro para que los beneficios pueden estar disponibles para el pago de los servicios prestados. Estoy de acuerdo a pagar Suburban Orthopaedics y el médico y otros profesionales relacionados con la práctica el saldo adeudado de todos los cargos no pagados por la mencionada cobertura (con exclusión de los cargos no coleccionable de conformidad con el reglamento de Medicare). Esto puede incluir el coste de la recogida y/o los honorarios del abogado. Además, entiendo que Suburban Orthopaedics mantiene el derecho de solicitar \$30.00 de multa si cualquier saldo de la cuenta de la que soy responsable cae 60 días o más tarde.

He leído cada una de las anteriores I-IV y totalmente de acuerdo a cada una de las declaraciones y acuerdos en este documento, la firma de abajo es de mi acto libre y voluntario.

Paciente

Fecha

Padre o Garante (si el paciente tiene menos que 18 años)

Fecha