

FAVOR DE ESCRIBIR REGISTRACION DEL PACIENTE

Pt# _____

APELLIDO PRIMER NOMBRE NOMBRE DE EN MEDIO

NUMERO SOCIAL NO. DE LICENCIA

FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO RAZA ETNICIDAD

DIRECCION (PERMANENTE) CALLE NO. DEL APTO CUIDAD ESTADO ZONA POSTAL

NO. DE TELEFONO NO. CELULAR ESTADO CIVIL NO. DE DEPENDIENTES

NOMBRE DE EL TRABAJO DIRECCION OCUPACION NO. DE TELEFONO

NOMBRE DEL ESPOSO (A) NOMBRE DE EL TRABAJO DIRECCION DEL TRABAJO NO. DE TELEFONO

DIRECCION TEMPORAL OCUPACION DEL ESPOSO (A)

POR CASO DE EMERGENCIA, UN FAMILIAR O AMISTAD CIRCANO RELACION NUMERO DE TELEFONO

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL

RESPONSABLES DE LA CUENTA
SI EL PACIENTE NO ES RESPONSABLE DE LA CUENTA, POR FAVOR INDIQUE QUIEN ES RESPONSABLE

NOMBRE DIRECCION CUIDAD ESTADO ZONA POSTAL

NO. DE TELEFONO RELACION OCUPACION

NOMBRE DE LA COMPANIA DIRECCION CUIDAD ESTADO ZONA POSTAL NO. DE TELEFONO

NUMERO SOCIAL Y NO. DE LICENCIA DE LA PERSONA RESPONSABLE

INDIQUE EL METODO DE PAGO POR LA VISITA DE HOY ___ CHEQUE ___ EFECTIVO O OTRO _____

SERVICIO MEDICO Y EXAMENES DE LABORATORIOS EN NUESTRA OFICINA, PODRIAN SER PAGADOS EN EL DIA DE LA VISITA. PREGUNTANDOLES, PODRIA REDUCIR EL COSTO DE LA CUENTA.

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR LOS PAGOS DE LA CUENTA QUE INCLUYEN POR PARTE DE MI Y DE MI FAMILIA . SIN HACER CASO DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANZA .

FECHA

FIRMA DEL RESPONSABLE

NINGUN PACIENTE PODRA SER VISTO HASTA QUE LA FORMA ESTE COMPLETA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Estatura: _____ Peso: _____ An□os: _____

Nombre de su Doctor Primario/Clinica: _____

¿Fue referido a nuestro consultorio? No Si ¿Por quién? _____

¿Si no lo refirieron como oyó de nosotros? _____

Fecha cuando se lastimó: _____ ¿Se lastimó en el trabajo?: Si No

Farmacia preferida: _____

Nombre	Dirección	Cuidad	Teléfono
--------	-----------	--------	----------

Historia Médica

¿Es alérgico/a a un tipo de medicamento? Si No

Favor de mencionar el medicamento con su reacción: _____

¿Es alérgico/a a un tipo de alimento? Si No

Favor de mencionar el alimento y su reacción: _____

¿Es alérgico/a a algún tipo de metal? Si No

Favor de mencionar el metal y su reacción: _____

¿Es alérgico/a o sensible al látex? Si No

Favor de mencionar el látex con su reacción: _____

¿Tiene alguna otra alergia?

Favor de mencionar con su reacción: _____

Medicamentos y sus Dosis: _____

Historia de Cirugías

¿A tenido cirugías en el pasado? Si No

Favor de mencionar: _____

Historia Social

¿Fuma o ha fumado en el pasado? Usa productos que contienen tabaco? Si No

¿Cuándo paró de fumar? _____

¿Cuánto fuma? _____

¿Toma alcohol? Si No

¿Ha sido usted tratado por alcoholismo, drogas o alguna sustancia? Si No

¿Trabaja? Si No

¿Qué tipo de trabajo hace? _____

¿Está usted Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a?

¿Tiene hijos? Si No ¿Cuántos? _____

¿Vive solo/a? _____

¿Hace ejercicio? Si No ¿Cada cuánto? _____

Mujeres: ¿Habrá una posibilidad de que esté embarazada? Si No

Historia Familiar

Favor de mencionar los familiares con estas condiciones.

Artritis Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Presión Alta Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Cancer Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Diabetes Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Coagulos de Sangre/Sangrado Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Desordenes Cardíacos Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Desordenes Mentales Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Reacciones a la Anestesia Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Chart# _____

Historia: ¿Ha tenido en el pasado?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas en el Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirrosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipotiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bronquitis / Tos Crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presión Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones / Arritmia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	HIV	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sífilis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desórdenes de la Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desorden Celular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Reflujo Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colitis Ulcerada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Úlceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros problemas médicos no mencionados:	
Gastritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	
Hemorroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	

Repaso de Sistemas: ¿Tiene alguna de estas enfermedades?

General: Ninguno de estos síntomas

Cáncer, donde _____ Infección Fiebre Calor Inflamación Rojizo Dormido Contusión
 Fácil Pérdida de Movimiento Inestabilidad Cojeando Tieso Pérdida de Peso Fatiga Insomnio
 Otro _____

Corazón: Ninguno de estos síntomas

Ataque del Corazón Dolor de Pecho Palpitaciones Presión Alta Otro _____

Respiratorio: Ninguno de estos síntomas

Asma Enfermedad Pulmonar Crónica Enfisema Pulmonía Tuberculosis Otro _____

Estomacal/Gastrointestinal: Ninguno de estos síntomas

Reflujo Úlceras Pólipos Colitis Ulcerada Otro _____

Hígado: Ninguno de estos síntomas

Ictericia Hepatitis _____ Cirrosis Piedras en la Vesícula Otro _____

Vejiga/Riñones: Ninguno de estos síntomas

Incontinencia Piedras Diálisis Enfermedad Renal Terminal Otro _____

Reproductivo/Sexual: Ninguno de estos síntomas

Embarazo HIV Sífilis Otro _____

Musculoesquelético: Ninguno de estos síntomas

Osteoartritis Dolor de Cuello Dolor de Espalda Artritis Gota Otro _____

Piel: Ninguno de estos síntomas

Eczema Irritación de la Piel Impétigo Psoriasis Cáncer de la Piel Otros _____

Psiquiátrico: Ninguno de estos síntomas

Bipolar Depresión Esquizofrenia Otros _____

Diabetes: Ninguno de estos síntomas

Dependiente de Insulina No dependiente de Insulina Hipertiroides Hipotiroides

Otros _____

Hematológica: Ninguno de estos síntomas

Sangrado Anormal Anemia Otros _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Chart# _____

Historia de Enfermedades

Favor de marcar la razón de su visita.

- Cuello Brazo Hombro Codo Parte baja del brazo Muñeca Mano
 Dedo Espalda Cadera Rodilla Pierna Tobillo Pie

¿Qué lado? Izquierdo Derecho Dos

¿Cómo describiría su dolor?

- Doloroso Moderado Fuerte Punzante Empeorando Mejorando Constante
 Intermedio Tieso Otro _____

¿Cuándo comenzó su dolor?

- Hace ___ horas Hace ___ días Hace ___ semanas Hace ___ meses Hace ___ años
 Otros _____

¿Cuándo ocurre su dolor?

- En la mañana En la noche Al despertar Actividades de peso
 Otros _____

¿Qué tan severo es su dolor? Suave Moderado Severo

¿Cómo limita esto sus actividades diarias?

- No limita las actividades diarias Son moderadamente limitadas Son severamente limitadas
 Otros _____

¿Qué cree que causó este problema?

- Trauma Trabajo Movimientos Repentinos Otros

¿Qué ayuda a disminuir el dolor?

- Descanso Hielo Inmovilización Calor Medicamentos Terapia Física
 Otro _____

¿Qué aumenta el dolor?

- Movimiento Descanso Empujando/Halando Acostado Parado Levantando Otros _____

¿Ha sido tratado por este problema antes? Si No

Escriba una lista de doctores a los cuales ha visto para este problema:

¿Se ha hecho exámenes para este problema? Si No

- Rayos-X MRI CT EMG CT / Myelogram Scan de Huesos Discografía
 Otros _____

¿A tenido tratamientos para este problema? Si No

- Terapia Física/Terapia Ocupacional Inyecciones Acupuntura Tratamiento Quiropráctico
 Otros _____

Medicamentos:

- Relajante muscular Medicamento para el dolor Des inflamatorios Medicamentos sin receta
(Aspirina, Tylenol, Advil, Aleve, etc.)

Nombre completo del paciente: _____

No.de Cuenta: _____

AUTORIZACION PARA LIBRAR INFORMACION

Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que suministre informacion medica del paciente y otros documentos para 1) compañías de aseguranza o terceras personas responsables para la razón de obtener pagos de cuenta de *Oak Cliff Orthopaedic Asociados*, 2) alguna otra persona(s) o haciendas publicas responsables por el cuidado y tratamiento del paciente, a 3) representantes locales, de estado, o agencias federales en acuerdo con la ley. Tal como informacion podría incluir, pero no limitado a, informacion respecto a enfermedades comunicables como Síndrome de Ineficiencia Adquirida (SIDA). Yo autorizo dar informacion para revisar los documentos del paciente para propósitos conducibles en intervención médica, reviso utilizaciones, o revisos certezas de cualidad. Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que den informacion y tambien copiar documentos del paciente a otros médicos recomendados o para enfermerías prácticas y hospitales donde podria ser trasladado el paciente.

Firma del Paciente _____

Firma del Esposo(a) o Guardián _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS ASEGURADOS

En consideración de servicios de entrega, Siendo testigo trasladado y asigno a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates todos los derechos, titulados, y intereses en alguna cuenta debida a mi, por servicios descubiertos dentro de alguna póliza de seguro . Yo entiendo que soy responsable de surtir a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates toda la informacion de mi aseguranza desde el día de mi admisión o durante mi hospitalidad para permitir verificación antes de dar de alta, sin hacer caso a las aseguranza asignada. Soy responsable por los cargos totales de los servicios rendidos a mí.

Firma del Paciente _____

Firma del Esposo(a) o Guardiante _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

 Consentimiento por motivo de Tratamiento, Pago y Funciones correspondiente al Cuidado de Salud

Yo doy mi consentimiento para que Oak Cliff Orthopaedic Associates use o revele mi información medica protegida con el propósito de diagnostico, provisión de tratamiento, obtención de pago por mis cuentas medicas o para conducir funciones correspondientes a mi cuidado de salud. Comprendo que mi diagnostico o tratamiento por parte del Dr. Berry, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz, Dr. Heck, Dr. Nathanson, Dr. Kelley, Dr. Cho, Dr. Lowry o puede estar limitado debido a mi consentimiento como lo acredita mi firma en este documento.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en como mi información medica protegida es usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de mi cuidado de salud. No se requiere que Oak Cliff Orthopaedic Associates este de acuerdo con las restricciones que yo solicite. Sin embargo sí Oak Cliff Orthopaedic Associates acepta mis restricciones, esta restricción obligaría a Oak Cliff Orthopaedic Associates y al Dr. Berry, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz, Dr. Heck, Dr. Nathanson, Dr. Kelley, Dr. Cho o Dr. Lowry a cumplirlas. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, cuando quiera, exceptuando siempre y cuando el Dr. Berry, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz, Dr. Heck, Dr. Nathanson, Dr. Kelley, Dr. Cho o Dr. Lowry y Oak Cliff Orthopaedic Associates haya tomado acciones acatando este consentimiento.

Mi "información medica protegida" es toda información medica, incluyendo mi información demográfica, dada por mi y creada o recibida por mi doctor, otro proveedor de cuidado médico, plan de salud o mi jefe. Esta información médica se relaciona con el pasado, presente y futuro de mi condición o salud física y mental y pudiera identificarme, o existen razones para creer que pudiera identificarme.

Comprendo que tengo el derecho de revisar el Acto de privacidad de Oak Cliff Orthopaedic Associates antes de firmar este documento. El Acto de Privacidad ya me ha sido entregado. Este Acto de privacidad describe la manera en que mi información pudiera ser usada y compartida durante mi tratamiento, para el pago de cuentas medicas o para el desempeño de funciones relacionadas con mi salud. El Acto de Privacidad también lo puedo encontrar en el 810 N Zang Blvd, Dallas, TX 75208, y en la pagina web de Oak Cliff Orthopaedic Associates que es thebonedocs.com este Acto de Privacidad también describe mi derecho y las obligaciones de Oak Cliff Orthopaedic Associates respecto a mi información medica protegida.

Oak Cliff Orthopaedic Associates se reserva el derecho de cambiar el documento de privacidad que es descrito en el Acto de Privacidad. Puedo obtener una copia del nuevo Acto de Privacidad ingresando a la página web, llamando a la oficina y pidiendo que se me enviara una copia por correo o preguntando por una en mi próxima cita.

Firma del Paciente o Representante

Nombre del Paciente o Representante

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante
