

FAVOR DE ESCRIBIR
EN LETRA DE IMPRENTA

REGISTRO DEL PACIENTE

Pt# _____

_____, _____, _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

NUMERO SOCIAL CORREO ELECTRONICO NO. DE LICENCIA

FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO RAZA ETNICIDAD

DIRECCION (PERMANENTE) CALLE NO. DEL APTO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

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

NOMBRE DEL TRABAJO DIRECCION OCUPACION NO. DE TELEFONO

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

DIRECCION TEMPORAL OCUPACION DEL ESPOSO (A)

FAMILIAR/AMISTAD CERCANA PARA CASO DE EMERGENCIA RELACION NO. DE TELEFONO

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

RESPONSABLES DE LA CUENTA

SI EL PACIENTE NO ES RESPONSABLE DE LA CUENTA, FAVOR INDICAR QUIEN ES RESPONSABLE

NOMBRE DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NO. DE TELEFONO RELACION OCUPACION

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO 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 OTRO _____

LOS SERVICIOS MEDICOS 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 EL PAGO DE TODOS LOS GASTOS INCURRIDOS EN MI NOMBRE Y DE MI FAMILIA, INDEPENDIEMENTE DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Años: _____

Nombre de su Doctor Primario/Clinica: _____

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

Si no lo refirieron... ¿cómo se enteró de nosotros? _____

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

Farmacia preferida: _____

Nombre Dirección Ciudad Teléfono

Historial Médico

¿Es alérgico(a) a un tipo de medicamento? Si No ¿Es alérgico(a) al yodo? Si No

Favor de mencionar el medicamento y su reacción: _____

¿Es alérgico(a) a un tipo de alimento? Si No ¿Es alérgico(a) a los mariscos? 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 ¿Es alérgico(a) o sensible al adhesivo?

Favor de mencionar el látex y su reacción: _____

¿Tiene alguna otra alergia?

Favor de mencionar y su reacción: _____

Medicamentos y sus Dosis: _____

Historia Social

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

¿Cuándo dejó de fumar? _____ Total de años fumando? _____

¿Cuánto fuma; cuantos paquetes al día? _____

¿Toma alcohol? Si No Menos de una bebida al día 1-2 bebidas al día 3 o más bebidas al día

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

¿Qué clase de cafeína usa y cuanta? Café Té Chocolate 1 al día Varias veces al día Algunas veces a la semana Algunas veces al mes

¿Trabaja? Si N ¿Qué tipo de trabajo hace? _____

¿Vive solo(a)? Si No ¿Se siente seguro (a) en su hogar? Si No

¿Estado de conducción? Conduce de día Conduce de noche

¿Hace ejercicio? Si No Varias veces al día Una vez al día Algunas veces a la semana Algunas veces al mes

Mujeres: ¿Habría una posibilidad de que esté embarazada? Si No **Planea embarazarse?** Si No

Antecedentes Familiares

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

Cáncer Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Diabetes Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Coágulos 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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Alta Presión |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Médula Ósea | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Seno | <input type="checkbox"/> Cáncer De Pulmón |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> Linfoma |
| <input type="checkbox"/> COPD (<i>por sus siglas en ingles</i>) | <input type="checkbox"/> Cáncer de Prostata |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Terminal | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |
| <input type="checkbox"/> GERD (<i>por sus siglas en ingles</i>) | Otros problemas médicos no mencionados: |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | _____ |
| | _____ |

Repaso de Sistemas: ¿Tiene alguna de estas enfermedades?

Constitucional: Ninguno de estos síntomas

- Cáncer, donde _____ Infección Fiebre Escalofríos Calidez Insomnio Pérdida de Peso
 Aumento de Peso Premedicacion antes del Procedimiento Bajo Manejo del Dolor Fatiga
 Otro _____

Musculosqueletal: Ninguno de estos síntomas

- Osteoartritis Dolor de Cuello Dolor de Espalda Hinchazón de las Articulaciones Rigidez de las Articulaciones
 Cojenado Perdida de Movimiento Marcha Inestable Bloqueo Gota Artritis Rematoidea
 Otro _____

Cardiovascular: Ninguno de estos síntomas

- Dolor de Pecho Palpitaciones Presión Alta Calambres en las Piernas Marcapasos Desfibrilador
 Diluyentes de Sangre Otro _____

Respiratorio: Ninguno de estos síntomas

- Tos Asma Enfermedad Pulmonar Crónica (COPD) Enfisema Neumonía Tuberculosis
 Otro _____

Gastrointestinal: Ninguno de estos síntomas

- Reflujo (GERD) Ulceras Pólipos Colitis Ulcerada Nausea/ Vomito Constipación Diarrea
 Ictericia Hepatitis Cirrosis Colecistitis/Cálculos Biliares Otro _____

Neurológica: Ninguno de estos síntomas

- Adormecimiento Hormigueo Mareos Dolores de Cabeza RSD (*por sus siglas en ingles*)
 Otro _____

Genitourinario/ Nefrología: Ninguno de estos síntomas

- Orinar Frecuente Dificultad/Dolor al Orinar Incontinencia Sangre en el Orín Piedras Diálisis
 Enfermedad Renal Otro _____

Dermatología: Ninguno de estos síntomas

- Pobre Curación de Heridas Picazón Eczema Erupción en la Piel Impétigo Psoriasis Cáncer de la Piel
 Cicatrices/Queloides Enrojecimiento Otros _____

Psiquiátrico: Ninguno de estos síntomas

- Bipolar Depresión Esquizofrenia Otros _____

Hematológica: Ninguno de estos síntomas

- VIH Sagrado Facil Anemia Facil Aparicion de Moretones Otros _____

Endocrino: Ninguno de estos síntomas

- Dependiente de Insulina No Dependiente de Insulina Hipotiroidismo Hipertiroidismo
 Otro _____

Antecedes Quirúrgicos Pasados: (favor de marcar todas las que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicitis (Operación) | <input type="checkbox"/> Eliminación de Riñón |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de la Vejiga | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> Eliminación de Cálculos Renales |
| <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Trasplante de Riñón |
| <input type="checkbox"/> Lumpectomía | <input type="checkbox"/> Eliminación de Ovarios: Endometriosis |
| <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Eliminación de Ovarios: Quistes |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de Mama | <input type="checkbox"/> Eliminación de Ovarios: Cáncer de Ovario |
| <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Eliminación de Prostata: Cáncer de Próstata |
| <input type="checkbox"/> Reducción de Seno | <input type="checkbox"/> Biopsia de Próstata |
| <input type="checkbox"/> Implantes de Seno | <input type="checkbox"/> TURP (<i>por sus siglas en ingles</i>) |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: Resección de Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> Biopsia de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cáncer de Células Basales |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: Enfermedad Intestinal Inflamatoria (IBD) | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cáncer de Células Escamosas |
| <input type="checkbox"/> Extirpado de Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> Cirugía de Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Derivación de Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Extirpación de Bazo |
| <input type="checkbox"/> PTCA (<i>por sus siglas en ingles</i>) | <input type="checkbox"/> Testículos Removidos |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvula Mecánica | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvula Biológica | <input type="checkbox"/> Histerectomía: Fibromas |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Corazón | <input type="checkbox"/> Histerectomía: Cáncer Uterino |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones en los pasados 2 años | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de Riñón | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Antecedentes Ortopédicos: (favor de marcar todas las que le corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Espondilitis Anquilosante | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Hueso Sarcoma Primario |
| <input type="checkbox"/> DISH (<i>por sus siglas en ingles</i>) | <input type="checkbox"/> Artritis Psoriásica |
| <input type="checkbox"/> Fractura de Radio Distal | <input type="checkbox"/> Raquitismo |
| <input type="checkbox"/> Inyección Epidural | <input type="checkbox"/> RSD (<i>por sus siglas en ingles</i>) |
| <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Ciático |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Fractura de Cadera | <input type="checkbox"/> Sarcoma de Tejido Blando |
| <input type="checkbox"/> HNP Cervical | <input type="checkbox"/> Estenosis Espinal, Cervical |
| <input type="checkbox"/> HNP Lumbar | <input type="checkbox"/> Estenosis Espinal. Lumbar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hueso Metastásico | <input type="checkbox"/> Fractura Vertebral Comprimida |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Deficiencia de Vitamina D |
| <input type="checkbox"/> Osteopenia | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Cirugía Ortopédica: (favor de marcar todas las que le corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fractura del Tobillo | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación: Cadera |
| <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas |
| <input type="checkbox"/> Descompresión del Túnel Carpiano | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación: Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Espina Cervical | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación: Hombro |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Espina Cervical: Reemplazo de Disco | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Radio Distal ORIF | <input type="checkbox"/> Astroscopia de Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas |
| <input type="checkbox"/> Fémur Clavado Intramedular | <input type="checkbox"/> Cifoplastia/Vertebroplastia |
| <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Columna Lumbar: Comprimida |
| <input type="checkbox"/> Tibia Clavada Intramedular | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Columna Lumbar: Comprimida y Fusión |
| <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Columna Lumbar: Reemplazo de Disco |
| <input type="checkbox"/> Reparación del Manguito de los Rotadores | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> 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 _____

¿Ha tenido tratamientos para este problema? Si No

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

Medicamentos:

- Relajante Muscular Medicamento para el Dolor Anti-Inflamatorios Medicamentos sin Receta
(Aspirina, Tylenol, Advil, Aleve, etc.)

Nombre Completo del Paciente: _____

No.de Cuenta: _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que suministre información medica del paciente y otros documentos para 1) compañías de seguro o terceras personas responsables con el propósito de obtener pagos de cuenta de *Oak Cliff Orthopaedic Associates*, 2) alguna otra persona(s) o entidades financieras responsables por el cuidado y tratamiento del paciente, y a 3) representantes de agencias locales, estatales, o federales en acuerdo con la ley. Tal información podría incluir, pero no limitarse a, información respecto a enfermedades contagiosas, como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Yo autorizo la divulgación de información para revisar los documentos del paciente con el propósito de conducir auditoría médica, revisión de la utilización, o revisión acertada de calidad por su seguro medico. Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Associates* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que den información y/o copias de documentos del paciente a cualquier médico recomendado, enfermería especializada o cualquier otra instalación para el cuidado de la salud donde podría ser trasladado el paciente.

Firma del Paciente _____

Firma del Esposo(a) o Tutor _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS ASEGURADOS

En consideración de los servicios prestados, por la presente transfiero y asigno a *Oak Cliff Orthopaedic Associates* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates todo el derecho, titulo, e interés por cualquier pago adeudado por los servicios descritos en la presente proporcionados dentro de cualquier póliza(s) de seguro. Entiendo que soy responsable de proporcionar a *Oak Cliff Orthopaedic Associates* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates toda información de mi seguro medico en el día de mi admisión o durante mi estancia en el hospital para la verificación del mismo antes de darme de alta, e independientemente de mis beneficios de seguro cedidos, soy responsable totalmente por los cargos de los servicios prestados.

Firma del Paciente _____

Firma del Esposo(a) o Tutor _____

Consentimiento para fines de Tratamiento, Pago y Funciones Correspondiente al Cuidado de Salud

Nombre del Paciente: _____ Acct# _____

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 puede ser condicionada por 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 divulgada 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, en cualquier momento, excepto en la medida que el Dr. Berry, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz, Dr. Heck, Dr. Nathanson, Dr. Kelley, Dr. Cho, Dr. Lowry o 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, mi jefe. Esta información médica protegida se relaciona con el pasado, presente y futuro de mi condición o salud fisica y mental y me identifica, 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 obtener en el 810 N. Zang Blvd, Dallas, TX 75208, y en el sitio de internet de Oak Cliff Orthopaedic Associates, www.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 revisada del Acto de Privacidad ingresando al sitio de internet de Texas Orthopaedic Surgical Associates, llamando a la oficina y pidiendo que se me enviara una copia revisada por correo o solicitando una en mi próxima cita.

Firma del Paciente o Representante

Nombre del Paciente o Representante

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante

