

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Direccion: _____ **SS:** _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Direccion de Envio: _____ Lo mismo
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Numero de Telefono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Viudo(a) / Divorciado(a) Sexo: F / M **Correo Electronico:** _____

Nombre de Medico Familiar: _____ Ciudad: _____ Numero de Telefono: _____

Medico que lo Refirio: _____ Ciudad: _____ Numero de Telefono: _____

El proposito de su visita: Compensacion Laboral Accidente Automovilistico Accidente Personal Alcontado

La mayor comunicacion: Numero de Telefono de Casa Celular Correo Electronico Otro: _____

Contacto de emergencia: _____ NOMBRE NUMERO DE TELEFONO Relacion: _____

Tenemos permiso de contactar esta persona sobre asuntos relacionados con su cuidado? SI NO

Etnicidad: _____ Raza: _____ Idioma Preferido: _____

Nombre del Trabajo: _____ **Direccion:** _____ **Trabajo #:** _____

Informacion de Seguro Medico

Nombre de la Compania del Seguro Primario: _____ Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS: _____

Nombre de la Compania del Seguro Secundario: _____ Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS: _____

Informacion del Persona Responsable del Pago (Llene esta seccion solo si el paciente es MENOR de edad)

Persona responsable del pago: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Direccion: _____ **SS:** _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Usted tiene una declaracion anticipada de tratamiento como un testamento vital o un poder legal? SI NO

Farmacia preferida

Nombre: _____ Direccion: _____ Numero de Telefono: _____

ELECTRONICO PRESCRIPCION: *Nuestro programa de registros medicos electronicos nos da acceso a su historial de prescripciones/medicamentos para prescribir con seguridad sus medicamentos. Con su firma, usted autoriza esto.*

FAVOR DE PRESENTAR UNA IDENTIFICACION VALIDA CON FOTO Y TARJETA DE SEGURO MEDICO

HISTORIAL DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Occupacion: _____

Mano dominante (derecha or izquierda): _____ Area Afectada(p.e. mano derecha): _____

Razon por la cual lo refirieron: _____

Fecha de la lesion: _____ Por cuanto tiempo ha tenido esta condicion?: _____

Esta lesion ocurrio en el trabajo? _____

Ha tenido tratamiento para esta condicion? SI NO Si es asi, que tratamiento: _____

Tiene alguna de las siguientes condiciones?

| SI | NO (Please check all that apply) | | SI | NO | |
|-------|----------------------------------|---|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Asma / Bronquitis | _____ | _____ | Ulcera estomacal/reflujo gastroesofagico |
| _____ | _____ | Enfisema | _____ | _____ | Problema del higado _____ |
| _____ | _____ | Enfermedad respiratoria | _____ | _____ | Problema del rinon _____ |
| _____ | _____ | Anemia | _____ | _____ | Hepatitis A B C D E |
| _____ | _____ | Presion alta | _____ | _____ | Diabetes |
| _____ | _____ | Colesterol alto | _____ | _____ | Tiroidismo Hiper / Hipo |
| _____ | _____ | Problemas del Corazon/marcapaso | _____ | _____ | Artritis |
| _____ | _____ | Problemas de sangrado/hemorragias | _____ | _____ | Gota |
| _____ | _____ | Coagulo sanguineo/trombosis venosa profunda | _____ | _____ | Epilepsia/desorden convulsivo |
| _____ | _____ | Embolia | _____ | _____ | Cancer _____ |
| | | | _____ | _____ | Alguna ostra _____ |

HISTORIA FAMILIAR

| | | | | | |
|-------|-------|---|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Historia familiar de problemas con anestesia (Madre / Padre) | _____ | _____ | Historia familiar de diabetes (Madre / Padre) |
| _____ | _____ | Historia familiar de problemas de sangrado (Madre / Padre) | _____ | _____ | Historia familiar de problemas del corazon (Madre / Padre) |

Complete por favor una lista de los medicamentos que esta tomando:

| Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-------------|-------|------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Tiene alergia algun medicamento o al latex/metal? SI _____ NO _____ Si es asi, a que?: _____

Fuma? SI _____ NO _____ Si es asi, cuanto?: _____

Bebe alcohol? SI _____ NO _____ Si es asi, cuanto?: _____

Cirugias pasadas: SI NO De que tipo/fecha: _____

Le han dado la vacuna contra el tetano? SI NO Si es asi, cuando? _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIAL DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor indique que sintomas tiene o ha tenido en los ultimos 3 meses:

GENERAL

SI NO

____ Escalofrios
 ____ Depresion
 ____ Mareos
 ____ Desmayos
 ____ Fiebre
 ____ Dolor de cabeza
 ____ Falta de sueno
 ____ Perdida de peso
 ____ Aumento de peso
 ____ Nerviosismo
 ____ Esceso de sudor

GASTROINTESTINAL

SI NO

____ Poco apetito
 ____ Colico
 ____ Estrenimiento
 ____ Diarrea
 ____ Nauseas
 ____ Sangrado rectal
 ____ Dolor estomacal
 ____ Vomitos
 ____ Vomitos con sangre

MUSCOLO/ARTICULACION

SI NO

(Dolor, entumecimiento od ebil)
 ____ Brazos
 ____ Espalda
 ____ Pies
 ____ Manos
 ____ Caderas/Cintura
 ____ Piernas
 ____ Cuello
 ____ Hombros

GENTOURINARIO

SI NO

____ Sangre en la orina
 ____ Frecuencia urinaria
 ____ Falta de control de la vejiga
 ____ Dolor al orinar

PIEL

SI NO

____ Contusiona facilmente
 ____ Ronchas
 ____ Comezon
 ____ Manchas
 ____ Cicatrices
 ____ Cambios en la forma/medida
 de un lunar
 ____ Herida dificil de cicatrizar

CARDIOVASCULAR

SI NO

____ Dolor de pecho
 ____ Pulso irregular
 ____ Presion baja
 ____ Problemas de circulacion
 ____ Pulso rapido
 ____ Tobillos hinchados
 ____ Venas varicosas

OJOS/OIDOS/NARIZ/GARGANTA

SI NO

____ Sangrado de las encias
 ____ Ronquera
 ____ Hemorragia por la nariz
 ____ Tos persistente
 ____ Rechinado de los oidos

SOLO PARA MUJERES

SI NO

____ Papanicolau anormal – Fecha del ultimo papanicolau _____
 ____ Sangrado entre periodos – Fecha del ultimo periodo _____
 ____ Bochornos
 ____ Ha tenido una mamografia Numero de hijos/hijas _____
 ____ Esta embarazada

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del doctor: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE CUIDAD DE SALUD

Yo, el paciente, o la persona responsable por el consentimiento, en nombre del paciente, por la presente solicito y doy consentimiento a Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers de dar tratamiento por el personal medico, enfermera y cualquier otro personal de salud medica que puedan participar en el cuidado de salud del paciente. Yo por la presente reconozco que toda la informacion proporcionada aqui es verdadera segun mi leal saber y entender.

Yo doy consentimiento, transfiero y accedo a Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers todos mis derechos, intereses para el reembolso de mis beneficios. Esta autorizacion queda valida hasta que yo revoque esta autorizacion por escrito. Yo, por la presente, concuerdo en pagar los cargos regulares del medico para cualquier tratamiento realizado en mi beneficio o autorizado por mi.

Yo comprendo que mi co-pago se pagara antes de mi visita con el doctor, si mi co-pago no se paga el dia de la cita tendria que hacer otra cita. Yo comprendo que cancelaciones de citas se deben de hacer 24 horas antes de la cita, cualquier cambios de citas se deben de obtener dentro de una semana. Yo comprendo que despues de tres citas sin hablar para cambiar o sin asistir puede resultar en despidirlo como paciente de Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers.

Yo comprendo que soy responsable por todos los cargos financieros que estan cubiertos por mi plan de seguro o si caen en la definicion de la compania de seguros como usual y costumario. Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers esta comprometido a proporcionar el mejor tratamiento possible a nuestros cargos estan considerados usual y costumarios para nuestra area. Yo comprendo que todas las cuentas deben ser pagadas totalmente dentro de 45 dias de ser sometidas a mi compania. Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers no espera por resolucio de demandas legales. Un plan de pagos autorizado y aprobado eliminara cargos de intereses y colecciones. Yo comprendo que soy responsable por todos los costos y honorarios de abogado y intereses incurridos desde la fecha de mi consulta inicial con cualquier doctor de Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers.

Paciente/Peersona responsable del pago/Padre/Tutor Firma: _____ *Fecha:* _____

Firma de Asegurado: _____ *Fecha:* _____

Pacientes con aseguranza de salud privada:

La aseguranza de salud privada presentada al tiempo de su visita va hacer cobrada al tiempo de su tratamiento, pacientes con el HMO van a tener que comenzar con el proceso de asegurar su referencia. Toda medida va hacer tomada para que el reclamo sea sometido con prontitud y correctamente a su compania de seguro. Su compania de seguro tiene 30 dias despues de recibir el archivo de reclamo correcto para procesar, pagar, y/o dar aviso de el porque el reclamo no ha sido pagado. Despues de eso lo que queda del balance va hacer su responsabilidad. Si no esta satisfecho con el pago hecho por su compania de seguro, llamenlos directamente al numero de telefono catalogado en su tarjeta de seguro. Si usted escoje apelar a su compania de seguro por escrito para pagos adicionales por favor de proveer a Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers. Con una copia de la apelacion en su archivo.

Pacientes con seguro de automovil/seguro de obligacion:

Si su accidente fue causado como resultado de un accidente de automovil o de obligacion, y usted tiene seguro privado de salud, tipicamente su aseguranza de salud privada no va hacer pagos en los reclamos medicos sin el renuncio en escrito de tu seguro de automovil/Seguro de obligacion. Es importante que toda la informacion pertinente al seguro de automovil/seguro de obligacion, incluyendo numero de reclamo, informacion del agente, direccion de pago de reclamo, reporte de accidente, etc., sea dado al tiempo de su visita.

Pacientes sin seguro de salud privada - Pago efectivo:

Si la tarjeta de salud privada no es presentada al tiempo de su visita, un pago complete o un plan de pago aprobado estas requerido al tiempo de servicio.

Pacientes con la tarjeta Publica del Departamento de Illinois - IDPA:

IDPA no es aceptada en Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers. Pago complete o un plan de pago apropiado es requerido al tiempo de servicio.

PARA TODOS LOS PACIENTES

- *Cualquier seguro es un contrato entre usted y su compania de seguro.
- *Es su responsabilidad verificar con su aseguranza, si el proveedor esta dentro de la red de su plan.
- *Cualquier balance dejado por su compania de seguro es su responsabilidad.
- *Beneficios de el seguro pagados directamente por el paciente necesitan ser mandados a Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers. Para mantener la cuenta en buen estado.
- *Si ha retenido un abogado referente a su herida, es muy importante que provean a Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers con esa informacion.
- *Planes de pago pueden ser obtenidos con la aprobacion del departamento de fracturas.
- *Efectivos, cheques y todas las tarjetas de creditos con aceptada como forma de pago.
- *Pueden contactar a el departamento de fracturas con cualquier pregunta.

Al firmar abajo, el paciente reconoce que an leído la informacion y an entendido la informacion y que pueden obtener una copia de esta forma si asi lo desean.

Escriba Nombre

Firma del Paciente/Guardan

Fecha

INFORMACION DE SALUD PRIVADO Y PROTEGIDO

La siguiente informacion no sera divulgada y es solo para propositos de esta oficina.
Marque las que apliquen a usted:

VIH Positivo/SIDA

Alcoholismo

Drogadiccion

Cuidado psiquiatrico

Paciente/Persona responsable del pago/Padre/Guardan Firma: _____ *Fecha:* _____

Imprimir Nombre: _____

Paciente Nombre: (Imprimir): _____

AVISO DE PRIVACIDAD ACKNOWLEDEMENT PRACTICAS

Imprimir Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS: _____

Este aviso le informa sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su informacion medica protegida (IMP). Informacion de salud, cualquiera de su informacion de salud que se podria utilizar para identificarlo y que se relaciona a su pasado, salud presente, y future fiscal o mental y los servicios medicos relacionados. Tambien describe sus derechos y nuestras obligaciones respecto a su IMP. La ley nos obliga a proporcionar una copia de este aviso que explica nuestros deberes legales y practicas de privacidad.

Mi firma reconoce que se me ha ofrecido una copia del aviso de practicas de privacidad en el momento de la inscripcion.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE LOS REGISTROS MEDICOS

Por la presente autorizo la liberacion de cualquier y todos los registros de mi tratamiento que debe enviarse a las siguientes: (por favor marque las que se aplican)

- La clinica de referencia de trabajo, mi jefe, representative remuneracion de los trabajadores que se ocuparan de mi reclamacion, asi como medicos y personal auxiliary cualquier participen en mi atencion medica.
- El medico de referencia y cualquier medico y personal auxiliary que participen en mi atencion medica.
- Mi doctor de atencion primaria.
- Mi compania de seguros de salud privados y sociales entidades asociadas.
- Mi empleador: _____
(Nombre de emleador)

Firma: _____ Fecha: _____