

**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 major 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: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_