



Orthopedics Associates of Riverside

Nicholas Anderson D.P.M

Michael J. Hejna MD, PhD

Erling Ho MD

Scott A. Seymour MD

Historial Médico

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primero) _____ FDN: _____

Ocupación: _____ Altura: _____ Peso: _____

Motivo de la visita de hoy: (circule) Izquierda / Derecha _____

Duración de los síntomas: _____ Alergias: _____

Consumo de alcohol: (circule) Sí/Ocasional/No Consumo de tabaco: (circule) Sí/No

Medicamentos actuales: _____

Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Dirección/Intersección de la farmacia: _____ Código postal de la farmacia: _____

Médico de Atención Primaria

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Problemas ortopédicos pasados: _____

Cirugías Anteriores: _____

Historia médica familiar: _____

Historia del cáncer: (circule) Sí/No Si es así Tipo de cáncer: _____ Tratamiento: Quimio/Radiación/Perlas

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Marque con X o con un círculo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Neuropatía	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Úlcera/sangrado gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática/hepatitis	<input type="checkbox"/> Osteoartritis
<input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Afib	<input type="checkbox"/> ITU recurrente	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones	<input type="checkbox"/> Apoplejía	<input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad
<input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	Adicciones: (circule) Drogas/Alcohol/Otros

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha de hoy: _____

Si usted no es el paciente, especifique su relación con el paciente _____



Orthopedics Associates of Riverside

Nicholas Anderson D.P.M

Michael J. Hejna MD, PhD

Erling Ho MD

Scott A. Seymour MD

Información del Paciente

Nombre del paciente:(Apellido) _____ (Primero) _____ FDN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sexo:(circule) M/H Estado civil: (circule) Soltero/Casado/Divorciado/Viudo/Otro Idioma preferido: _____

Número de teléfono preferido: _____ (circule) Celular/Casa Correo Electrónico: _____

¿Podemos dejar un mensaje de voz en su número preferido? (círculo) S/N

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Información de Trabajo

¿La lesión está relacionada con el trabajo/compensación laboral? (circule) S/N (Si, complete la forma de WC)

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del Garante de Seguro

Nombre del titular del seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre del seguro: _____ ID# _____ Grupo#: _____

Autorización para adquirir historial de medicamentos/E-Scribe: Por la presente autorizo a OAR, sus médicos y personal médico (bajo dirección médica) a enviar/adquirir mi historial de medicamentos a través de registros médicos electrónicos.

Firma del paciente/tutor : _____ Si es menor de edad, especifique la relación: _____

Consentimiento para tratamiento y responsabilidad financiera

Consentimiento: Por la presente autorizo a OAR, sus médicos y personal médico (bajo la dirección de un médico) a realizar dichos exámenes, administrar tratamiento y medicamentos, según lo consideren necesario y aconsejable.

Responsabilidad financiera: OAR, para comodidad de sus pacientes, facturará a las compañías de seguros por los servicios prestados. Sin embargo, el pago por los servicios prestados es responsabilidad exclusiva del paciente y/o tutor legal. El hecho de que una compañía de seguros no remita el pago NO libera al paciente y/o tutor de la responsabilidad financiera.

Firma del Paciente/Tutor: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si es menor de edad, escriba el nombre del tutor: _____ Relación con el paciente: _____



Orthopedics Associates of Riverside

Nicholas Anderson D.P.M

Michael J. Hejna MD, PhD

Erling Ho MD

Scott A. Seymour MD

HIPAA-Recibimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primero) _____ **FDN:** _____

Yo, (*Nombre del paciente/Agente autorizado*) _____, por la presente doy mi consentimiento a OAR para usar o divulgar, con el fin de realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, toda la información contenida en el expediente del paciente antes mencionado. He recibido el Aviso de Privacidad del médico. El Aviso de práctica de privacidad proporciona información detallada sobre cómo la práctica puede utilizar y divulgar mi información confidencial. Entiendo que el médico se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en el Aviso. También entiendo que una copia de cualquier Aviso Revisado será proporcionado a mí o puesto a disposición en la oficina principal ubicada 353 E Burlington St Riverside, IL 60543. Entiendo que este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque. Entiendo que puedo Revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito mi deseo de hacerlo al médico. Yo también entiendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en que el médico ya se haya basado en él para usar o divulgar mi información de salud. La revocación del consentimiento por escrito debe enviarse al consultorio del médico.

Autorización para divulgar información

La Ley de Privacidad HIPAA de abril de 2003 nos prohíbe hablar con cualquier persona que no sea usted, su tutor legal o su poder notarial (POA) con respecto no solo a su condición médica sino también a sus facturas médicas. Hemos descubierto que esto causa frustración en los familiares cuando intentan ayudar a sus seres queridos con decisiones médicas y situaciones financieras. Con ese fin, nos gustaría minimizar estas frustraciones pidiéndole que brinde aprobación previa para cualquier persona con la que desee otorgarnos autorización para hablar.

Por favor entienda que es tu derecho a negarnos autorización para hablar con cualquier persona; sin embargo, si no se le otorga permiso expreso para hacerlo, nuestro personal no podrá hablar con nadie más que usted, su tutor legal o su apoderado.

Tenga en cuenta que los reclamos de compensación laboral no están sujetos a la Ley de Privacidad HIPAA y que los requisitos médicos los registros y la información financiera se divulgarán a su empleador, a la compañía de compensación laboral y/o a sus empleados con el fin de obtener el pago.

Por la presente he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA y autorizo a los representantes de OAR a hablar con:

Nombre de la persona (SÓLO EN IMPRENTA)

Relación (SÓLO EN IMPRENTA)

Firma del paciente: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted no es el paciente, especifique su relación con el paciente _____



Orthopedics Associates of Riverside

Nicholas Anderson D.P.M

Michael J. Hejna MD, PhD

Erling Ho MD

Scott A. Seymour MD

Formulario de designación de representante autorizado

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primero) _____ **FDN:** _____

Yo, (*Nombre del paciente/Tutor*) _____, por la presente designo a todos los empleados de **Ortopédico Asociados de Riverside/ Terapia Física y Ocupacional**, en la máxima medida permitida por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA) y según lo dispuesto en 29 CFR 2560-503-1(b)4, para actuar en mi nombre para presentar reclamaciones y ejercer todos los derechos relacionado con mi plan de beneficios de atención médica para empleados, con respecto a cualquier gasto médico u otros gastos de atención médica incurrido como resultado de los servicios que recibo (d) de los mencionados anteriormente.

Estos derechos incluyen:

1. El derecho a actuar en mi nombre con respecto a las determinaciones iniciales de reclamaciones
2. El derecho a presentar apelaciones de determinaciones de beneficios según mi plan
3. El derecho a obtener cualquier registro relacionado con mi información médica protegida, incluido el plan de salud
4. El derecho a reclamar en mi nombre dichos beneficios, seguros o servicios médicos u otros servicios de atención médica.

Reembolso del plan de beneficios de atención médica y buscar cualquier otro remedio aplicable.

Entiendo que como resultado de esta autorización, (*nombre del seguro*) _____ puede revelar y divulgar cualquier información relativa a la elegibilidad para los beneficios, estado del reclamo/aprobación del reclamo/motivos de denegación en conexión con el reclamo de atención médica mencionado anteriormente al mencionado anteriormente.

Vencimiento: Esta autorización vencerá **1 año a partir de la fecha de la firma.**

Derecho a revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi compañía de seguros y a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción la entidad mencionada anteriormente se basó en esta autorización antes de que la entidad mencionada anteriormente recibiera mi escrito aviso de revocación.

Firma: Entiendo que esta autorización es voluntaria y que el plan de salud no puede condicionar mi elegibilidad. para beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamaciones al firmar esta autorización. Entiendo que si firmo en nombre de un niño menor de edad, esta autorización expirará cuando el niño cumpla 18 años, salvo que exista prueba de tutela legal.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha de hoy:** _____

Completar formularios de Discapacidad/FMLA y Política de Cancelación de Citas

Por la abundancia de solicitud que nuestros proveedores médicos completen las formas y en un esfuerzo por ser justos con todos nuestros pacientes, contamos con la siguiente política:

1. Todos los formularios (sin excepción) requieren un prepago de \$20 y las formas deben presentarse durante su registración antes de ver a su proveedor médico.
2. La espera para completar su forma puede ser de 7-10 días, no incluye fin de semana.
3. Para pacientes de cirugía/compensación laboral, se les dará una forma laboral (WSF) sin costo alguno.
4. TODAS las citas REQUIEREN un aviso de 24-48 horas; de lo contrario, se cobrará una tarifa de \$30.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted no es el paciente, especifique su relación con el paciente _____